Psichiatria Sanitaria

Introduzione

1.1 Che cos'è la Psichiatria: cenni storici

Nel corso del tempo e nelle diverse civiltà la *"follia"* ha profondamente mutato significato, valore ed importanza. Anticamente le malattie mentali erano interpretate come punizioni o segni di intervento soprannaturale, divino o demoniaco.

Il primo a trattare della malattia mentale come malattia medica fu Ippocrate.

Ippocrate (460 a.C-377 a.C.) ipotizzò che la condizione di salute o malattia, fisica o mentale, fosse la risultante dell'equilibrio o dello sbilanciamento di quattro umori ("teoria umorale"): bile nera, bile gialla, sangue e flegma. L'acqua corrisponderebbe alla flegma che ha sede nella testa, la terra corrisponderebbe alla bile nera che ha sede nella milza, il fuoco alla bile gialla (detta anche collera) con sede nel fegato, l'aria al sangue la cui sede è il cuore.

Più tardi, nelle società romane, si riaffermò la connotazione mistica della follia, ed insieme ad essa la diffusione di trattamenti di tipo religioso-filosofico da parte di sacerdoti, saggi o studiosi.

A partire dal Medioevo si diffonde l'idea che il disagio psicologico sia causato da uno stato di possessione da

parte di spiriti malvagi o del diavolo, con un significato di debolezza morale e castigo divino. La “concezione demonologica”, secondo cui appunto le malattie psichiche sarebbero opera del demonio, continua sino al Seicento compreso ed infatti il più importante trattato di psichiatria si può considerare in realtà il *Malleus maleficarum*, un manuale del 1486, ad uso degli inquisitori, nel quale, descrivendo le varie forme di stregoneria, si illustravano quelle che in realtà erano diverse sindromi psichiatriche che noi oggi classificheremmo come isterie, schizofrenie, nevrosi ossessive, epilessie o altro. Nel corso del Settecento emergono osservazioni più razionali sui disturbi psichici, tuttavia ai tempi confusi con problemi di ordine pubblico-sociale: i malati di mente erano infatti rinchiusi insieme a piccoli delinquenti, debitori morosi, vagabondi, disoccupati, prostitute, alcolizzati, nei cosiddetti Ospedali Generali, una sorta di moderni “ospizi”. All’interno di questi luoghi i detenuti erano tenuti incatenati, fino a che Philippe Pinel (1745-1826) nel 1793 non liberò i malati di mente dalle catene, promovendo la costituzione di specifici luoghi di cura, i manicomi. Da Pinel in poi incominciò un enorme lavoro di descrizione dei sintomi e dei comportamenti: nel 1793 il medico empolese Vincenzo Chiarugi diede alle stampe il suo trattato *“Della pazzia in genere e in specie”*, prima opera medico-scientifica sul tema della categorizzazione della follia. Il trattato di Chiarugi segnò la nascita della clinica psichiatrica e restituì alla persona con disagio mentale lo status di malato piuttosto che di peccatore o delinquente. Con l’istituzione dei manicomi l'elevata concentrazione di pazienti favorì l'osservazione e la classificazione delle malattie psichiatriche. In tale epoca la storia della psichiatria coincise di fatto con la storia della *schizofrenia*; Emil Kraepelin (1856-1926) ed Eugen Bleuler (1857-1939) ne furono i principali studiosi.

Anche se le conoscenze tecniche progredivano, gli strumenti terapeutici rimanevano spesso improvvisati: docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica sono solo alcune delle pratiche cui venivano sottoposti i pazienti. La situazione migliora notevolmente nel corso del Novecento, grazie all'introduzione di varie forme di psicoterapia ed alla scoperta degli psicofarmaci.

Dall'inizio del secolo gli studi di Freud (1856-1939) e degli psicoanalisti portano alla identificazione delle nevrosi e ad una descrizione psicopatologica dell'eziopatogenesi delle malattie psichiche. Freud, basandosi sugli studi da lui effettuati insieme a Jean-Martin Charcot e Joseph Breuer e sulle nuove idee riguardanti l'inconscio, elabora il primo modello completo sulle malattie mentali e un approccio psicoterapeutico per il loro trattamento (psicoanalisi). Il suo rimane il modello predominante utilizzato nella professione medica per il trattamento dei disturbi mentali fino alla metà del XX secolo, quando lo sviluppo della terapia elettroconvulsivante (introdotta negli anni trenta) e delle cure basate sui farmaci riportano la pratica psichiatrica verso un approccio più meccanicistico.

I primi psicofarmaci sintetizzati fra gli anni '40 e '50, destinati a cambiare in modo radicale le metodologie di cura, conoscono una rapida diffusione e contribuiscono all'ipotesi di un'origine biologica e genetica delle malattie.

Contestualmente allo sviluppo della psicofarmacologia i sostanziali progressi nelle scienze del comportamento danno origine a forme di psicoterapia che si dimostrano efficaci nel ridurre o eliminare molte condizioni psicopatologiche. In diversi casi le psicoterapie vengono integrate con trattamenti farmacologici, al fine di massimizzare l'efficacia congiunta dei due approcci.

Questo è il lungo e faticoso percorso di genesi della moderna psichiatria: comprenderne i passaggi ci aiuta a

conoscere l'importanza dei trattamenti studiati e dei differenti approcci per cui è oggi possibile in molti casi arrivare ad una completa remissione o ad un significativo controllo della sintomatologia, migliorando in modo sostanziale la condizione e la qualità di vita dei nostri pazienti.

1.2 La Classificazione dei Disturbi Mentali

La necessità di una classificazione dei disturbi mentali si è resa evidente in tutta la storia della medicina. Le numerose classificazioni che sono state approntate negli ultimi due millenni si sono differenziate per l'enfasi relativa data alla fenomenologia, all'eziologia e al decorso dei disturbi.

Negli Stati Uniti la prima classificazione viene introdotta nel 1869 alla riunione annuale dell'American Medico-Psychological Association, nome con cui era nota l'attuale American Psychiatric Association (APA).

Nel 1952 l'APA pubblica la prima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-I), a cui seguono 4 edizioni successive fino alla V del 2013, uscita molto recentemente.

La classificazione ICD (dall'inglese International Classification of Diseases) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO).

L'ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici, nonché valido strumento di gestione di salute ed igiene pubblica. È oggi alla decima

edizione (ICD-10), pubblicata nel 1992 (la prima veniva pubblicata nel 1850).

1.2.1 Aspetti di base del DSM V

Il DSM è una classificazione categoriale che suddivide i disturbi mentali sulla base di una serie di criteri comprendenti specifiche caratteristiche cliniche.

Il DSM presenta un *approccio descrittivo:* vengono descritte cioè le manifestazioni dei disturbi mentali ma non vengono fornite né le teorie eziopatogenetiche né i principi di trattamento. Le definizioni dei disturbi corrispondono alla descrizione delle loro caratteristiche cliniche.

Per ciascun disturbo vengono forniti specifici *criteri diagnostici*, costituiti da un elenco di caratteristiche cliniche che devono essere presenti per poter porre una determinata diagnosi.

Un approccio categorico alla classificazione dà buoni risultati quando tutti i disturbi appartenenti a una classe diagnostica sono omogenei, quando i confini tra le classi sono chiari e quando le diverse classi si escludono a vicenda. Occorre riconoscere i limiti di tale approccio. Innanzitutto nel DSM non si presuppone che ciascuna categoria di disturbi mentali sia un'entità del tutto distinta dagli altri disturbi e non si presuppone che tutti i soggetti che hanno lo stesso disturbo mentale siano simili per tutti gli aspetti importanti. Due soggetti potranno infatti presentare caratteristiche cliniche molto differenti pur soddisfacendo i criteri diagnostici utili per una stessa determinata diagnosi. Pertanto è fondamentale raccogliere anche altre informazioni cliniche che non si limitino ai meri criteri diagnostici, così da conferire flessibilità allo strumento DSM.

1.3 Prevalenza dei Principali Disturbi Psichiatrici

Il 50% degli adulti soffre di problemi di salute mentale nel corso della vita.

Di seguito si riportano schematicamente alcuni dati di prevalenza dei più comuni disturbi mentali.

Depressione: 10% nel corso della vita

Disturbo bipolare: 0.5-1% nel corso della vita

Disturbi d'ansia: 3-6% nel corso della vita (fobie, disturbi ossessivo - compulsivo, e disturbi tipo attacco di panico: prevalenza 1% circa per ciascun disturbo)

Schizofrenia (ed altre psicosi): 1% nel corso della vita

Disturbi di personalità: 5-10% dei giovani adulti

Disturbi legati all'alcool: 4.7% degli adulti presenta dipendenza da alcool

Dipendenza da sostanze: 2.2% (stima in difetto)

Anoressia nervosa: 1% delle ragazze adolescenti

1.4 Eziopatogenesi dei Disturbi Mentali

Il modello biopsicosociale analizza tre differenti piani (biologico, psicologico e sociale) nella ricostruzione della genesi della malattia. Il piano biologico rappresenta il substrato anatomico strutturale e funzionale alla base del disturbo; il piano psicologico comprende I fattori psicodinamici e le esperienze, positive e traumatiche, più o meno precoci, che si intrecciano all'interno dello spazio emotivo di ogni individuo; nel sistema sociale rientrano gli

aspetti familiari e socio-culturali che incidono sull'esperienza di malattia.

Una persona che presenta una sintomatologia psichiatrica o psicosomatica deve essere analizzata in tutti I suoi livelli di funzionamento: biologico (funzioni Sistema Nervoso Centrale ed assetto genetico), psicologico (pensieri ed emozioni del soggetto) e socio-relazionale (comportamento ed aspettative del contesto culturale).

Si schematizzano di seguito i principali fattori biologici, psicologici e sociali alla base della patogenesi dei disturbi mentali.

1. Fattori biologici

- Alterazioni strutturali del Sistema Nervoso Centrale (SNC): macroscopiche e microscopiche
- Alterazioni funzionali del SNC: anomalie dei neurotrasmettitori o dei recettori.

- Fattori genetici
- Invecchiamento
- Genere
- Noxae infettive (precoci)
- Fattori perinatali
- Endocrinopatie
- Periodo post partum
- Abuso di sostanze

2. Fattori psicologici

- Relazione madre-neonato problematica
- Ambiente familiare disturbato
- Esperienze precoci di perdita o di separazione dalle figure genitoriali
- Abuso fisico/sessuale
- Eventi di vita avversi o stressanti
- Lutto
- Rottura relazione significativa
- Pensionamento
- Malattia, disabilità

3. Fattori sociali

- Classe socio-economica
- Urbanizzazione
- Supporto sociale
- Emigrazione
- Convinzioni sulla malattia mentale

Capitolo 2
Il colloquio

2.1 Introduzione

Il colloquio psichiatrico è lo strumento mediante il quale l'esaminatore entra in relazione con il paziente, raccogliendo informazioni che lo aiuteranno a definire la diagnosi. La diagnosi guida la scelta del trattamento ed aiuta a prevedere il decorso clinico.

La **tipologia del contatto** con il paziente fornisce i primi elementi caratterizzanti la patologia di base. La diffidenza, l'oppositività, il distacco e l'impenetrabilità possono essere manifestazioni tipiche di un disturbo psicotico. La presenza di una familiarità esagerata con il medico, di seduttività o di inadeguatezza sul piano del comportamento possono invece caratterizzare un paziente affetto da Disturbo Bipolare in fase maniacale. La compromissione delle forme più semplici di comunicazione, dell'orientamento e della coscienza devono far sospettare cause organiche.

Il colloquio psichiatrico si distingue da una normale conversazione in termini di specificità dei ruoli degli interlocutori (medico-paziente), degli argomenti affrontati e degli scopi preposti.

Il colloquio si distingue anche da un interrogatorio! Pertanto sarà fondamentale mettere a proprio agio il paziente, mantenendo un atteggiamento di "empatica neutralità" evitando di esprimere giudizi e pregiudizi o di prendere le parti del paziente o di qualcun altro.

Sarebbe pertanto utile in un primo colloquio:

- cominciare con una domanda aperta: *"qual è il problema che l'ha portata qui?",* lasciando che il paziente esprima e manifesti le proprie emozioni senza interromperlo, utilizzando le stesse parole usate dal paziente se si vuole tornare su qualche precedente affermazione
- limitare le domande dirette\invadenti
- astenersi dalle considerazioni circa le scelte del paziente
- evitare umorismo o domande retoriche
- non essere né troppo rigidi né disorganizzati: esercitare un controllo flessibile
- non prendere come "tecnici" i termini medici/psichiatrici che il paziente usa (es. depressione), chiedere esempi concreti. (es. paziente:"ero depresso"; esaminatore:"cosa intende lei per depresso, mi fa degli esempi?")
- approfondire l'eventuale presenza di pensieri di suicidio o violenza e valutare i rischi immediati

2.2 Tecniche del colloquio

Il colloquio può esser condotto avvalendosi di tecniche di chiarificazione e conduzione, di domande aperte e chiuse.

Tecniche di Chiarificazione

Specificare: “in che senso *non riposante*?”

Verificare i sintomi: “cosa intende per…?”

Domande Guida: “un bel gin tonic in discoteca, chi non se lo prende?”

Sondare: molti pazienti assegnano un significato particolare alle proprie esperienze; il fine è quello di identificare il ragionamento del paziente “Perché pensa che l’abbiano portata qui?”, “Perché pensa che accadano queste cose?”, “E’ possibile che le cose vadano diversamente?”

Riformulazione: riassumere il racconto del paziente aggiungendo ed integrando eventuali nessi causali mancanti. “Lei mi sta dicendo che in seguito ad uno stato di intensa agitazione avrebbe assunto una quantità imprecisata di farmaci ed avrebbe poi telefonato a sua moglie chiedendo un aiuto. Sarebbe dunque arrivato in P.S. in ambulanza”

Tecniche di Conduzione

Continuare: “mi dica di più”

Ridirezionare: riportare il paziente con delicatezza ad un altro argomento

Transizione: portare gradualmente il paziente su argomenti diversi creando connessioni causa-effetto, temporali o sottolineando il cambiamento “adesso parliamo di…”

Domande aperte

Quali sono i problemi che l’hanno condotta in ospedale?

Potrebbe dirmi qualcosa di più a riguardo?

C’è qualcos’altro di cui avrebbe piacere di parlare (qualcosa che la preoccupa)?

Mi parli della sua routine quotidiana (della sua famiglia, della sua storia personale e del contesto familiare nel quale è cresciuto)..

Ci sono delle domande che vorrebbe pormi?

Vantaggi domanda aperta:

dà al paziente la possibilità di scegliere gli argomenti e di esprimersi secondo il proprio punto di vista

risposte spontanee, più emotive

Svantaggi domanda aperta:

risposte lunghe, vaghe, inattendibili, incomplete

argomenti selezionati dal paziente

Esempio di un colloquio a domande aperte

Medico: " che cosa l'ha condotta qui, signora? "

Paziente: " mi sento sempre stanca."

M: " stanca?"

P: " perché non riesco dormire bene."

M: " che cosa c'è che non va nel suo sonno? "

P: " E’ sempre è leggero, agitato e non riposante.”

M: “Bene, in che senso sonno non riposante? "

P: " io credo... non so...

M: " perché non mi descrive il suo sonno, a partire dal momento in cui è andata letto? "

P: " sono andata a letto alle 22.30, poi mi sono alzata poco dopo la mezzanotte "

M: " sì... "

P: " poi all'una o all'una e mezza ancora. Ho gironzolato per casa per circa mezz'ora poi mi sono nuovamente alzata alle quattro e non so quando mi sono addormentata. Al mattino è stato molto difficile alzarsi."

Domande chiuse

Quando sono cominciati questi problemi (pensieri, sentimenti)?

Che effetto hanno su di lei (la sua vita, la sua famiglia, il suo lavoro)?

Ha mai avuto esperienze simili nel passato?

Quando dice di sentirsi depresso, che cosa intende esattamente?

In momenti come questi ha mai pensato di suicidarsi?

Le capita di sentire delle voci (o vedere delle immagini) quando sembra che non ci sia nessuno?

Vantaggi domanda chiusa:

focus ristretto, scelto dal medico, precisione

risposte veloci, chiare

Svantaggi domanda chiusa:

guida il paziente conducendolo a risposte "vero-falso", come tali meno autentiche

il pz può non riferire cose perché non gli vengono chieste specificamente

Esempio di un colloquio a domande chiuse

Medico: "Ha mai sofferto di allucinazioni?"

Paziente: "No"

M: "Ha mai immaginato che i suoi vicini ce l'avessero con lei?"

P: "No"

M: "Ha mai avuto delle compulsioni?"

P: "Compu…? No"

M: "Ha avuto delle amnesie?"

P: "No"

Il colloquio di valutazione psichiatrica consiste in due parti: l'anamnesi e l'esame delle condizioni mentali.

2.3 L'anamnesi

L'anamnesi ha lo scopo di fornire ed organizzare secondo criteri logico-sequenziali una serie di informazioni. Le finalità principali sono l'inquadramento diagnostico, la scelta terapeutica, l'elaborazioni di ipotesi prognostiche sul decorso della patologia.

Anamnesi Psichiatrica

- Dati Identificativi.
- Chiedere sempre sesso ed età.
- Solo quando appropriato occupazione, etnia, religione, stato civile.
- Problema principale: motivo del ricovero o della visita ambulatoriale.

Anamnesi patologica prossima.

- quando e come è iniziato l'attuale episodio
- come i sintomi sono progrediti nel tempo
- eventuali trattamenti seguiti
- uso di sostanze o alcol

Anamnesi patologica remota

- elenco cronologico di tutti i precedenti episodi, a cominciare dal primo e procedendo sino al più recente
- descrizione dei sintomi
- eventuali fattori precipitanti
- precedenti trattamenti e risposte
- eventuali ricoveri pregressi

Anamnesi internistica

- eventuali patologie internistiche in atto e pregresse con relativi trattamenti, eventuali allergie o intolleranze a farmaci o cibi
- ricoveri per cause mediche
- storia chirurgica

Anamnesi familiare

- membri della famiglia: età e sesso.
- sondare presenza di disturbi psichiatrici nella famiglia (con storia del trattamento se possibile)

Anamnesi Personale.

L'obiettivo dell'anamnesi personale è descrivere eventi di vita significativi nella storia del paziente (che possano aver più o meno condizionato la sintomatologia psichiatrica) ed eventuali cambiamenti del livello di funzionamento.

Fonti e controllo della qualità delle informazioni.

Sono necessari più fruitori di notizie al fine di rispettare i criteri di completezza, oggettività ed attendibilità.

Il paziente è generalmente la fonte principale. Completezza ed attendibilità variano in funzione della patologia. È prassi comune la consultazione di altre fonti), i familiari (ricostruzione della biografia del paziente, del clima emotivo che ha caratterizzato la storia e l'educazione del paziente, delle dinamiche relazionali tra i genitori), i documenti clinici, gli amici, i colleghi, i conoscenti (comportamento ed attività nel tempo libero, funzionamento sociale e lavorativo. Bisogna fare attenzione a *chiedere al paziente il consenso di coinvolgere familiari e amici nella raccolta anamnestica*).

2.4 L'esame delle condizioni mentali

E' importante fare riferimento ad uno schema ordinato e completo per la rilevazione di segni e sintomi psichiatrici, ma anche neurologici e somatici:

1. descrizione generale
2. attività motoria
3. mimica
4. linguaggio
5. umore ed affettività
6. studio del comportamento
7. sensopercezione
8. pensiero
9. coscienza e capacità cognitive
10. giudizio ed insight

2.4.1 Descrizione generale:

- <u>Peso corporeo</u>

Alterazioni del peso si riscontrano in diversi disturbi mentali: il paziente depresso può andare incontro a calo ponderale in seguito a diminuzione dell'appetito, o anche ad aumento del peso corporeo nelle forme di depressione atipica che possono prevedere una tendenza all'Iperfagia (aumento introito cibo); nel Disturbo Bipolare il peso corporeo si modifica seguendo le oscillazioni del tono dell'umore (aumento di peso in fase depressiva e forti dimagrimenti in fase maniacale); sovrappeso ed obesità possono rappresentare gli effetti collaterali di terapie con

neurolettici, alcuni antidepressivi e stabilizzatori dell'umore; un grave defedamento organico con riduzione del peso corporeo può essere dovuto all'uso cronico di alcol, sostanze psicostimolanti, quali anfetamine e cocaina, e a disturbi mentali organici;

- Età apparente

  Fornisce indicazioni relative alle condizioni fisiche del paziente. Ad esempio gli alcolisti ed i tossicodipendenti dimostrano un'età più avanzata a causa del deterioramento fisico e delle frequenti malattie concomitanti; i deficit di sviluppo intellettivo possono associarsi ad elementi di immaturità per cui il paziente può apparire di età inferiore a quella anagrafica;

- Abbigliamento e cura della persona

  Se ben interpretati possono fornire indicazioni sulla personalità e sullo stato psichico della persona. L'aspetto trascurato può presentarsi in molteplici disturbi mentali: ad esempio nel paziente depresso e nel paziente schizofrenico, che possono per motivazioni diverse, ritrovarsi in una condizione di abbandono e ritiro sociale; un modo di vestirsi stravagante o bizzarro con un abbigliamento inadeguato può ricorrere nei pazienti schizofrenici o nei pazienti in fase di espansione timica (in questi ultimi i colori degli abiti sono sgargianti, nelle donne il trucco è vistoso ed appariscente); il paziente affetto da disturbi dello spettro ansioso è solitamente molto curato ed ordinato nella cura della propria persona. I pazienti dismorfofobici mettono in opera condotte rivolte a camuffare le loro presunte deformità: è frequente l'uso di occhiali scuri, di LAC colorate, di pettinature tendenti a coprire parti del volto, di imbottiture sotto gli abiti o di fasciature comprimenti.

- Aspetto somatico del paziente nel suo complesso

  La cura delle mani (ad esempio *il segno di Russell* nella paziente affetta da disturbi del comportamento

alimentare, una formazione callosa sul dorso della mano, causata dal ripetuto sfregamento con gli incisivi superiori durante l'introduzione delle dita nel cavo orale, per l'induzione del vomito) e delle unghie, la presenza di cicatrici, l'aspetto delle sopracciglia e dei capelli (ad esempio aree di alopecia nei soggetti con tricotillomania, ovvero con l'abitudine, spesso accompagnata dall'urgenza, di tirarsi le ciocche di capelli o altri peli del corpo), l'odore e l'alito (ad esempio nelle condizioni di chetosi diabetica, alcolismo), lo stato della bocca e della dentatura (ad esempio erosioni dentarie nella Bulimia), lo stato della cute e dei suoi annessi (come ad esempio ipersudorazione, ipersecrezione sebacea e scialorrea nel paziente schizofrenico).

- comportamento nei confronti del medico

Possono manifestarsi reticenza, atteggiamenti seduttivi e collusivi accompagnati da una tendenza a mentire in modo fantasioso (attitudine manipolatoria del soggetto tossicodipendente), negazione, dissimulazione (pericolosa nel soggetto depresso con intenzioni suicidarie, frequentissima nel caso di un deperimento delle funzioni cognitive del soggetto con deterioramento organico), difficoltà di attenzione (nel DOC, nel DAP, nella schizofrenia, nella depressione severa), ostilità nei confronti del medico. Quest'ultima può esser di differenti tipi: di difesa (nei depressi gravi); apertamente manifesta, minacciosa, provocante, polemica e sarcastica (tipica dello stato misto o della mania disforica); caratterizzata da sospettosità e diffidenza (nella paranoia).

- Le interazioni tra il paziente ed i suoi accompagnatori

sono segni spontanei che si possono raccogliere fin dalla prima osservazione: dipendenza, dominanza, aggressività, insofferenza, conflittualità, iper-protezione, ingerenza (per esempio tra madre e figlia, fra moglie e marito).

2.4.2 Attività motoria

Devono essere esaminati l'andatura, la postura, la presenza di movimenti involontari e gli altri elementi indicativi di psicopatologia.

Le modificazioni dell'attività motoria comprendono:

- l' aumento dell'attività motoria (ipercinesia): questa può essere distinta in iperattività (aumento dell'attività finalizzata tipico degli stati maniacali ed ipomaniacali) e agitazione (aumento dell'attività non finalizzata presente nei disturbi d'ansia e in quelli dell'umore).
- Differente è l'acatisia, una sindrome psicomotoria che si manifesta con l'incapacità soggettiva di stare fermi, irrequietezza, ansietà ed agitazione, comportando la necessità di muoversi in continuazione. E' un possibile effetto collaterale della terapia con alcuni psicofarmaci, in particolare antipsicotici di prima generazione.
- la riduzione dell'attività motoria: rallentamento dei movimenti, del pensiero, del linguaggio. Dal lieve impaccio con difficoltà di movimento del depresso (ipocinesia) fino al blocco o arresto psicomotorio (acinesia). Si trova in corso di sindromi depressive, schizofrenia e disturbi psicorganici gravi. Lo stupor (immobilità, mutismo, rifiuto ad alimentarsi, mancanza di reattività agli stimoli dolorosi) è oramai di più rara osservazione.
- impulsività: ridotta capacità di controllo su atti motori e comportamenti, espressione del mondo affettivo-pulsionale. Porta ad azioni improvvise, imprevedibili, spesso senza controllo, che posso essere autoaggressive e eteroagressive. Si trova soprattutto in: Schizofrenia, Epilessia e Disturbi del controllo degli

Impulsi (Disturbo esplosivo intermittente, cleptomania, piromania, impulso al gioco d'azzardo patologico).

- l'ecoprassia: consiste nell'imitazione spontanea di movimenti osservati e nell'incapacità di reprimere la tendenza ad imitare. Il paziente quindi produce una sorta di "Eco" di un movimento che ha visto fare.
- la catatonia è una sindrome caratterizzata da alterazioni motorie, negativismo, postura fissa e\o movimenti stereotipati, ecolalia (ripetizione automatica di parole) ed ecoprassia. Il paziente può assumere le sembianze di una statua, con immobilità e inespressività, risultando inaccessibile al colloquio. Può manifestarsi anche la catalessia (flexibilitas cerea), una condizione caratterizzata da rigidità ed iposensibilità al dolore, con la possibilità di far assumere passivamente al soggetto posizioni fisiche anche scomode per un certo periodo di tempo.

2.4.3 Mimica

Espressione non verbale determinata dai movimenti della faccia, per lo più istintiva ed involontaria e per questo difficilmente dissimulabile.

Sguardo: osservare la motilità, la direzione, la tonalità espressiva.

Regione fronto-orbitale: zona sopraccigliare e intracigliare.

Regione nasogeniena: profondità, tono e simmetria della piega nasogeniena.

Regione buccale e peribuccale: labbra.

Lingua: volume, tono, motilità volontaria e involontaria.

Ipomimia\Amimia: lesioni del nervo facciale, disturbi extrapiramidali, gravi disturbi psichici (depressione melanconica, demenza, schizofrenia catatonica).

Paramimia o mimica discordante. Riferita a malati psichiatrici, specie schizofrenici, e a malati neurologici pseudo bulbari o con lesioni piramidali. La mimica facciale è inadeguata, incoerente rispetto alla situazione emotiva.

2.4.4 Linguaggio

Da un punto di vista strettamente psicopatologico:

- valutazione quantitativa : linguaggio povero con riduzione dell'eloquio, in cui le risposte sono brevi e monosillabiche; linguaggio ridondante;
- valutazione qualitativa: fluenza del linguaggio (eloquio lento, rapido, incalzante, assente o mutismo), intonazione della voce o fonazione (voce alta, bisbigliante, calunniante, borbottante, mormorante). Disfonie: iperfonie, ipo-afonie. Forma e articolazione del linguaggio (balbuzie, disartrie funzionali, disfrasie: tachifrasia fino allo stupore maniacale, bradifrasia, mutacismo, perdita dei nessi associativi fino all'insalata di parole, schizofasia, neologismi, neolalia, deragliamento, linguaggio tangenziale, linguaggio circostanziato, linguaggio prolisso e vischioso, tipico degli epilettici, parafrasie tra cui la mussitazione, l'angofrasia o parola sospirata, l'ecolalia, l'ecofrasia, l'autoecolalia, gli automatismi verbali: la coprofasia o coprolalia, le perseverazioni, i manierismi e le stereotipie verbali) ***Neologismo:*** *parola nuova prodotta dal paziente, spesso attraverso la combinazione di sillabe di altre parole, che assume significato solo per chi la pronuncia.*

Ecolalia: *ripetizione di parole o frasi pronunciate da altri, spesso con tono derisorio, ironico o sarcastico.*

I disturbi del linguaggio devono essere posti in diagnosi differenziale con eventuale patologia neurologica.

- disartria: lesioni del SNC e lesioni periferiche.
- afasia: lesioni delle aree corticali del linguaggio (esempio: afasia di Broca); l'afasia è modulabile dallo stato psichico del paziente.

Esclusi i segni neurologici devono essere presi in considerazione lo stato di coscienza ed il livello intellettivo del paziente: alterazioni dello stato di coscienza e deficit intellettivi modulano, infatti, il linguaggio del soggetto.

Infine alcuni disturbi del linguaggio non hanno una causa psicopatologica, ma derivano dall'educazione, dall'uso del dialetto, dal tipo di ambiente e di cultura.

2.4.5 Umore ed affettività

***A. Umore*:** emozione pervasiva e sostenuta che colora la percezione che il soggetto ha del mondo.

E' uno stato emotivo generalizzato e persistente, soggettivamente vissuto, riferito dal soggetto e osservato dagli altri.

Tra le più importanti specifiche dell'umore troviamo:

- *eutimico*: umore che varia nell'ambito della normalità;
- *esaltato*: consiste in un umore più allegro del normale, come dimostrato anche da atteggiamento di fiducia in sé stessi e di piacere;

- *depresso*: riduzione patologica del tono dell'umore;
- *disforico*: umore alterato in senso depressivo con agitazione e irritabilità.
- *labile*: umore che fluttua e presenta rapide oscillazioni tra l'euforia, la depressione o l'ansia.

B. ***Affettività:*** manifestazione delle emozioni come viene percepita dall'esaminatore dall'espressione facciale del soggetto. Comprende l'espressione verbale, la mimica, la gestualità, il comportamento motorio e le manifestazioni neurovegetative.

Può essere:

- appropriata: condizione in cui vi sono variazioni appropriate dell'espressione facciale, del tono della voce, della gestualità e dei movimenti corporei rispetto all'intero insieme delle emozioni;
- inappropriata: disarmonia tra il tono emozionale e l'idea, il pensiero e le parole che l'accompagnano;
- appiattita: assenza o quasi di qualsiasi segno di espressione affettiva

2.4.6 Sensopercezione

Processo mentale nel quale gli stimoli sensoriali sono portati a livello di coscienza, riconosciuti, confrontati con altri, collocati in parametri temporali e spaziali, e quindi interpretati

- *quantità:* Iperestesie / ipoestesie
- *qualità:* Illusioni, allucinazioni

Le *illusioni* rappresentano percezioni alterate di uno stimolo sensoriale reale, che viene involontariamente

trasformato e dà origine ad un percepito differente. Tipica è la possibilità della correzione.

Le *allucinazioni* consistono nella falsa percezione sensoriale non associata a stimoli esterni reali: il soggetto vede immagini, sente suoni, avverte odori, sapori e sensazioni tattili che gli altri non percepiscono, in assenza dei corrispondenti stimoli esterni.

Si verificano in diverse condizioni: disturbi organici cerebrali, disturbi della coscienza, schizofrenia, disturbi psicotici, disturbi affettivi con sintomi psicotici, disturbi dissociativi con sintomi psicotici, da uso di sostanze.

Distinguiamo diverse allucinazioni in base al canale sensoriale.

- Uditive*:* sono le più comuni allucinazioni che si manifestano nei disturbi psichiatrici. Possono essere **semplici**, ovvero suoni o rumori (più spesso nei disturbi organici) o **complesse**: voci (spesso nei disturbi psicotici, nella schizofrenia) che possono essere imperative, di commento, colloqui. Le tematiche che esprimono le voci sono diverse a seconda della patologia all'interno cui si manifestano: più spesso sono di minaccia nella schizofrenia, di grandezza durante l'eccitamento maniacale, di colpa in caso di depressione psicotica.
- Visive: possono essere rappresentate da immagini elementari (bagliori, corpi luminosi) o da figure e scene complesse (figure, scene). Più frequentemente si manifestano in corso di disturbi di origine organica.
- Olfattive e gustative: vengono percepiti odori e sapori, si solito sgradevoli. Spesso nelle crisi epilettiche temporali.

- Somatiche: Esempi di questo tipo di allucinazione sono la sensazione di bruciore nel cervello o di mancanza di organi e deformità.

2.4.7 Pensiero

Pensiero è un termine che deriva dal latino *pensum* (participio del verbo *pendere*: "pesare"). Tale termine si utilizzava per indicare il quantitativo di lana che veniva appunto "pesata" e successivamente consegnata alle filatrici le quali a loro volta avevano il compito di trattarla. Il "pensum" era quindi la materia prima, più grezza, designante metaforicamente un elemento o un tema che doveva essere in un secondo momento trattato, elaborato, e che avrebbe così ottenuto una nuova forma.

Secondo le moderne neuroscienza il pensiero racchiude le facoltà superiori e la capacità critica per cui una persona, a partire da un problema o da un compito, è in grado di relazionarsi con la realtà, derivando da tale interazione dei concetti e dei giudizi attraverso un flusso di idee, simboli e associazioni diretto a uno scopo.

Nello studio del pensiero si distingue l'analisi della forma dall'analisi del contenuto.

Fra i disturbi della *forma del pensiero* ci sono le alterazioni della velocità e quantità ideativa, (l'accelerazione ed il rallentamento), le alterazioni della coerenza dei nessi associativi (tangenzialità e disorganizzazione) e le anomalie del linguaggio (neologismi ed acolalia).

Di seguito elencati alcuni dei principali disturbi formali del pensiero.

Accelerazione: Disturbo formale del pensiero nel quale i processi associativi si svolgono con

maggiore rapidità e con facilitazione accentuata a scapito dell'efficacia comunicativa: le idee si susseguono con maggior rapidità a scapito dell'efficacia comunicativa. In questo contesto aumenta la produzione, i legami associativi divengono marginali. Si può manifestare in forma lieve in caso di euforia o ansia, mentre in forma grave nella fase maniacale del disturbo bipolare. In casi estremi si manifesta come **fuga delle idee**, in cui domina la logorrea con un costante passaggio da un'idea a un'altra, mentre le associazioni sono guidate da criteri di somiglianza, assonanza, rima.

Rallentamento: Disturbo formale del pensiero in seguito al quale i processi associativi si svolgono con un'accentuata lentezza, bassa produttività e ridotta efficacia comunicativa. In condizione estrema si può arrivare al **blocco** che consiste nell'arresto brusco e inaspettato dell'eloquio, a cui sottende un probabile arresto del flusso associativo, di solito accompagnato dall'impossibilità di recuperare i pensieri precedenti il blocco. Il rallentamento si può trovare in caso di depressione maggiore, disturbi organici tossici, metabolici, endocrini e nell' oligofrenia.

Tangenzialità: Disturbo formale del pensiero in seguito al quale un soggetto risponde ad una precisa domanda in maniera solo marginalmente collegata al tema.

Il *contenuto del pensiero* si riferisce a ciò che il soggetto sta pensando: idee, opinioni, preoccupazioni e ossessioni. Può caratterizzarsi per la presenza di un delirio, di un'idea prevalente, di fobie, o di idee pessimistiche o autolesive.

Il **Delirio** è un'idea falsa e immodificabile basata su erronee deduzioni riguardanti la realtà esterna, caratterizzata da straordinaria convinzione e certezza soggettiva, non soggetta a critica e non derivabile dal contesto culturale di provenienza del soggetto. Tale errata convinzione, non correggibile mediante il ragionamento, non è soggetta a critica e non risulta condivisibile da altre persone appartenenti allo stesso gruppo culturale. Il delirio può essere un sintomo di disturbi organici (come demenza ed epilessia temporale), di disturbi psicotici quali il disturbo delirante, la schizofrenia, o disturbi dell'umore quali sindromi schizoaffettive, episodi depressivi gravi e fasi maniacali.

Il delirio può essere classificato in base a diversi aspetti.

Può essere definito *elementare*, quando gli spunti deliranti sono scarsamente elaborati, *sistematizzato* quando le idee risultano ben strutturate e articolate in un sistema complesso attorno ad un singolo evento o tema (ad esempio il soggetto è perseguitato dalla CIA, dall'FBI, etc.).

Il delirio può essere inoltre *primario o secondario.* Nel caso in cui le idee deliranti siano indipendenti da altre esperienze psichiche il delirio viene definito come primario: possiamo distinguere in questo contesto le *percezioni deliranti*, in cui viene attribuito un significato delirante ad una reale percezione; le *intuizioni deliranti* che definiscono una comprensione nuova ed immediata che compare nella mente come una illuminazione con totale certezza soggettiva senza rapporto con la realtà percettiva. Si parla invece di delirio *secondari*o quando le idee deliranti sono comprensibili in rapporto ai contenuti esperienziali ed affettivi.

In base alla coerenza con l'umore il contenuto del pensiero si definisce *congruo,* ovvero con contenuto

appropriato all'umore, o *incongruo* all'umore, in cui il contenuto del delirio non ha associazione con l'umore oppure è neutrale rispetto ad esso.

A seconda del contenuto del delirio si possono classificare differenti tipologie:

Delirio Di Persecuzione: erronea convinzione di essere oggetto di persecuzioni, inganni, molestie. Il paziente si sente spiato, seguito, controllato e oggetto di complotti, macchinazioni, affermazioni denigratorie e calunnie. Tra I deliri di persecuzione un esempio specifico è il delirio di veneficio, in cui il soggetto crede di essere avvelenato. E' tipico di schizofrenia e disturbo delirante cronico.

Delirio di Influenzamento o di Controllo: convinzione di essere oggetto di azioni esterne che controllano la mente, il corpo e la volontà.

Delirio di Colpa, di Indegnità, di Rovina: il paziente si sente responsabile di danni e sciagure, indegno di essere considerato una persona o si accusa di aver condotto la famiglia alla rovina economica. L'entità del vissuto di colpa appare discordante o evidentemente sproporzionato con i fatti riferiti. Può accompagnare gravi episodi depressivi.

Delirio di Grandezza : Il paziente si sente ricco, potente, al di sopra di tutti, capace di compiere imprese eccezionali, investito di poteri sovrannaturali, può impersonificare personaggi famosi. Frequente nella mania.

Delirio Erotomanico: il paziente ritiene di possedere attrattive fuori del comune, di essere oggetto di corteggiamenti, sentimenti di amore profondo e proposte a sfondo sessuale

Esempi clinici

Delirio di persecuzione:

Ho provato, dottore, a mettere in dubbio l'idea del complotto contro di me, ma le prove sono sempre più schiaccianti.

Al bar, appena uscito di qui, il cassiere mi ha chiamato "dottore" sorridendo. Ed era un modo di prendermi in giro di fronte a tutti sottolineando il fatto che non mi fossi laureato. E non mi venga a dire che non mi conosce perché questo è il bar dove va anche lei e, si sa, una parola può scappare, magari senza cattiveria o comunque per tenere gli altri informati. Del resto, il barista stesso nel servirmi il caffè ha segnalato a tutti gli altri che ero proprio io quello che aspettavano dicendo "macchiato o nero?", con chiaro riferimento al mio passato politico. Ho avvertito il pericolo e sono uscito rapidamente.

Delirio iniziale ancora non sistematizzato:

Antonio, 25 anni, manovale, descritto come poco socievole e piuttosto chiuso. Il giorno precedente, tornando dal lavoro, venne colto da un senso inspiegabile di paura, come se stesse per accadere qualcosa di molto grave. Aveva paura di essere licenziato. Appariva perplesso, assorto, smarrito. Nel corso della notte si era improvvisamente alzato svegliando tutti quelli che erano in casa: si sentiva minacciato di morte, percepiva l'ambiente cambiato e strano, vedeva i volti dei familiari sinistri e minacciosi. Accompagnato in ospedale, appariva impaurito e confuso, l'eloquio era frammentario.

"Che succede? Mi pare tutto un giuoco, un tragico scherzo … Non sono più sicuro di nulla … Questo è un ospedale o in teatro? … E' come se tutti stessimo recitando". A tratti appare più calmo ed afferma che tutto è chiaro: "E' colpa del direttore dei lavori, cerca di eliminarmi". Poi nuovamente, è confuso: "Non può essere … Io non so nulla … Perché vi scambiate dei segnali? ... Ogni cosa che dite ha un doppio senso … C'è dappertutto un significato nascosto, non so cosa mi vogliate

fare … Debbo rendermene conto … C'è qualcosa di più importante di quello che prima credevo di sapere … Mi pare di non capire, come se fosse un'altra lingua, altra gente … Forse sto per capire i misteri più profondi dell'uomo … Aspetto questa rivelazione!".

Delirio di influenzamento:

"Ho cercato una corazza per mettere un confine e farla finita con questa storia. C'è una forza estranea che mi condiziona e mi fa fare quello che vuole lei, anche se io non lo voglio. La forza sa i miei desideri, conosce i miei pensieri, li amplifica e così li sanno tutti. Ne parla anche la televisione. Se una cosa la penso, subito lo dicono per radio.

Altre volte me li portano via i pensieri e resto senza niente o mi infilano dentro i loro, che io non voglio, perché sono estranei e la gente ride quando passo con queste idee non mie nella testa. Se ne accorgono tutti, sono come trasparente. Devo trovare una corazza molto robusta.

Delirio di colpa:

"I miei genitori mi vogliono far curare, ma io non ho nessuna malattia, sono molto cattiva. Li ho traditi e ho sbagliato, ho fatto delle cose mostruose che non si possono perdonare…per le quali merito ormai solo la morte".

"Loro sono buoni, perfetti e la mia anima è nera. Ho insozzato l'universo e non c'è più niente da fare. Saremo cacciati dal paese, senza diritti civili e senza avere di che mangiare per colpa mia. Io non li lascerò un istante. Ma questa puzza che emano non si può togliere, è la putrefazione dell'anima e corrode ogni cosa".

Delirio di grandezza:

Bruno inizia a delirare dopo aver fallito nel tentativo di andare a vivere da solo, essere stato licenziato dal lavoro ed aver trovato la sua ragazza a letto con un altro.

"Ho una grande missione. Sono Mosè o forse Dio, no sono Mosè, ma sono in incognito. Nessuno mi crede e troverò molti ostacoli, ma devo lo stesso salvare tutti; allora sarò libero di sposarmi. Non c'è bisogno che lavori, perché la mia ragazza è ricchissima: è una principessa e mi sta aspettando. Anch'io sarò re, ma prima devo fare fino in fondo il mio dovere e salvare l'anima al mondo intero. Anche a chi mi ha fatto del male. Io ho perdonato tutti, sono al di sopra di queste cose."

Il Pensiero dominante è un tipo di pensiero in cui alcuni contenuti prendono il sopravvento sugli altri occupando la maggior parte della produzione ideativa.

Idea Prevalente: polarizzazione del contenuto del pensiero su un particolare contenuto ideativo, accompagnato da un partecipazione affettiva intensa ed egosintonica, che predomina su altri pensieri a seconda del grado di pervasività le idee prevalenti possono essere normali o patologiche. Possono ricorrere nei disturbi di personalità e nella depressione.

Pensiero ossessivo: persistenza patologica, contro la volontà del soggetto, di idee di vario contenuto, formalmente corrette ma avvertite come disturbanti del comportamento (egodistoniche). Tra le ossessioni più frequenti vi sono quelle di temere di essere ammalati o contagiati o di poter contagiare le altre persone, l'avere continui dubbi anche sulle cose semplici, avere continuamente paura di poter fare del male ad altre persone. In risposta alle ossessioni spesso vengono messe in atto delle "compulsioni", ovvero comportamenti

ripetitivi eseguiti seguendo certe regole. Se il soggetto tenta di procrastinare l'impulso di eseguire tali azioni viene investito da un'ansia crescente che termina, o si placa, con lo svolgimento della stessa. Le più frequenti compulsioni riguardano il lavarsi o il pulire l'ambiente, il controllo delle porte, serrature, rubinetti, luci, lo scrivere e il riscrivere continuamente, eseguire movimenti con significato scaramantico, il ripetere continuamente frasi o parole, il rimettere a posto continuamente, e secondo regole prefissate, determinati oggetti.

I pensieri ossessivi caratterizzano il Disturbo ossessivo-compulsivo.

La Fobia è una paura patologica persistente, irrazionale, esagerata e invariabile, innescata da specifici stimoli e situazioni, che comporta un desiderio irresistibile di evitare lo stimolo temuto. Si definisce specifica quella fobia circoscritta a un oggetto o ad una situazione definita.

2.4.8 Coscienza e capacità cognitive

Con questa parte dell'esame delle condizioni mentali si cerca di valutare il livello di coscienza e le capacità cognitive quali l'attenzione, la memoria, l'intelligenza, l'orientamento.

La **coscienza** è lo stato di consapevolezza di se stessi, del proprio mondo interno, del proprio corpo e dell'ambiente esterno.

Presuppone vigilanza, attenzione, memoria ed è influenzata dall'affettività e dall'orientamento del pensiero.

Il L'*attenzione* è il processo cognitivo che permette di selezionare alcuni stimoli ambientali, ignorandone altri. Un deficit dell'attenzione può essere classificato come primario o secondario. Un esempio di deficit attentivo primario è il Disturbo da Deficit dell'Attenzione dell'Infanzia (ADHD) che si manifesta con distraibilità, impulsività, iperattività. I deficit secondari si sviluppano nell'ambito di altri disturbi mentali, come i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore e la schizofrenia.

La *memoria* è quella funzione della psiche che permette di fissare ed immagazzinare i dati con la facoltà di poterli riportare alla coscienza localizzandoli spazio-temporalmente.
La memoria è articolata in diverse componenti, tra le quali ricordiamo:

Memoria a Breve Termine – MBT: sistema che consente di conservare una quantità limitata di nuove informazioni per un tempo molto breve (dell'ordine di secondi). *Memoria a Lungo Termine – MLT:* Sistema che consente di conservare un numero illimitato di informazioni per tempi lunghi teoricamente per tutta la vita. La traccia mnesica è una rielaborazione dell'originale, frutto della integrazione con le conoscenze possedute.

Le alterazioni della memoria posso riguardare la quantità dei ricordi o la qualità degli stessi.

Il termine *ipomnesia* indica l'indebolimento delle capacità mnesiche.

Con il termine *amnesia* si intende un disturbo della memoria caratterizzata da incapacità parziale o totale nella fissazione o nella rievocazione dei ricordi. In base all'inizio del disturbo l'amnesia può essere anterograda, retrograda o retro-anterograda. L'amnesia anterograda consiste in una perdita di memoria riguardante gli eventi che si verificano dopo che si è manifestato l'agente o la

condizione eziologica, con incapacità di acquisire e registrare nuove informazioni ("amnesia di fissazione"). Nell'amnesia retrograda la perdita di memoria riguarda gli avvenimenti accaduti prima dell'evento patogeno, con incapacità di rievocare informazioni che già facevano parte del patrimonio mnesico ("amnesia di rievocazione"). Qualora questi due disturbi siano associati, allora si parla di amnesia retro-anterograda.

Le *paramnesie* sono disturbi qualitativi della memoria in cui i ricordi subiscono una deformazione in contenuto, significato e collocazione spazio temporale.

I *disturbi dell'orientamento* sono tradizionalmente divisi secondo tempo, spazio e persona. I disturbi si manifestano in quest'ordine (cioè il senso del tempo è compromesso prima di quello dello spazio); analogamente con il miglioramento del paziente il disturbo regredisce nel senso inverso.

Disorientamento *nel tempo*: chiedere giorno della settimana e data (giorno, mese ed anno)

Disorientamento *nello spazio*: ogni persona dovrebbe essere in grado di riconoscere il luogo in cui si trova e comportarsi di conseguenza.

Disorientamento verso le persone: chiedere alla persona se conosce i nomi e il ruolo di persone presenti (ad esempio un familiare o un amico, un medico o un infermiere).

L'*intelligenza* è l'insieme delle capacità operative che consentono di capire, ricordare, utilizzare ed integrare costruttivamente le conoscenze precedenti e gli elementi del pensiero attuale al fine di affrontare e risolvere situazioni nuove.

Oltre a una prima valutazione durante il colloquio psichiatrico può essere eseguita una Valutazione

Psicometrica, ovvero lo studio statistico delle differenze individuali nell'eseguire una serie di compiti per i quali si ritiene necessaria una attività intellettiva attraverso delle scale. Tra queste ricordiamo la scala d'Intelligenza per Adulti - WAIS-R (Wechsler 1981) che esprime il livello di intelligenza in punti Quoziente Intellettivo (QI) = rapporto tra età mentale ed età cronologica (90-110 range di normalità).

In psichiatria si considerano psicopatologici i quadri di diminuzione quantitativa dell'intelligenza, che si estrinsecano nelle forme di ritardo mentale e la demenza.

Il difetto intellettivo permanente è di solito causato da un disturbo organico; tuttavia, disturbi delle prestazioni intellettive di tipo transitorio possono essere causati da altri processi come un alterato contatto con la realtà (psicosi) e un disturbo dell'umore (specialmente la malattia depressiva).

2.4.9 Insight

L'insight è il grado di consapevolezza e di comprensione che il soggetto ha di essere ammalato. I soggetti con disturbi psichiatrici possono avere un grado variabile di alterazione dell'esame di realtà, definibile come consapevolezza completa, parziale o incompleta *di essere affetti da sintomi di ordine psichico*.

Quanto più è assente consapevolezza, tanto più è necessario agire sia su un piano empatico che comunicativo.

Riassumendo i principali livelli di insight sono i seguenti:

1. Completa negazione della malattia.

2. Scarsa consapevolezza di essere ammalati e di aver bisogno di aiuto, ma nello stesso tempo negazione.

3. Consapevolezza di essere ammalato ma colpevolizzazione degli altri, di fattori esterni o di fattori organici

4. Consapevolezza che la malattia è dovuta a qualcosa di sconosciuto nel paziente.

5. Insight intellettivo: il soggetto ammette di essere ammalato e che i sintomi e o insuccessi nell'adattamento sociale sono dovuti ai propri sentimenti irrazionali o ai propri disturbi, ma non è in grado di applicare questa consapevolezza alle esperienze future.

6. Insight emozionale vero: consapevolezza emozionale dei motivi e dei sentimenti nel paziente e nelle persone importanti della sua vita, che può condurre a modificazioni di base del comportamento.

Capitolo 3
I Disturbi Psicotici

Il termine “psicotico” indica la perdita del “giudizio della realtà”, che di solito si associa alla presenza di sintomi quali allucinazioni e deliri, ed alla sfocatura dei contorni del Sé.

I sintomi psicotici sono aspecifici, come ad esempio la febbre, ovvero non conducono ad una diagnosi univoca, e possono avere cause differenti.

Nel passaggio dal DSM IVTR all’attuale versione DSM V, è passati ad un concetto più ampio e sfumato di “spettro schizofrenico” intendendo con questo termine una gamma di sfumature cliniche anche molto distanti fra loro in termini di severità e livello di funzionamento.

3.1 La Schizofrenia

Il core centrale della schizofrenia è rintracciabile in una grave e profonda distorsione dell’esperienza che il soggetto ha di sé e del mondo, conseguente ad una trasformazione qualitativa della modalità stessa del “sentire” e dell’”esperire”.

Il soggetto schizofrenico compie un’elaborazione privata e del tutto personale del mondo, che non riesce

però, o non senza enorme fatica, a comunicare. Le barriere esistenti fra il mondo interno e quello esterno sono permeabili e fragili. L'individuo sperimenta "l'angosciosa difficoltà di esser se stesso" (Biswanger).

Questa sofferenza interna può manifestarsi con sintomi cosiddetti "positivi" e "negativi" (vedi Tab n.1).

I sintomi nel loro insieme possono compromettere il pensiero, l'affettività, il comportamento e il funzionamento socio-lavorativo della persona.

Tabella n.1 : Sintomi positivi e negativi

Sintomi Positivi	Sintomi Negativi
Deliri	Comportamento disorganizzato
Allucinazioni	Appiattimento dell'affettività
Alogia	Avolizione
	Anedonia

Questa è una malattia cronica, con un decorso che comprende le fasi prodromica (iniziale e spesso più sfumata, vedi tab. n. 3), attiva (sintomi in forma conclamata), e residua (sintomi in forma molto attenuata).

3.1.1 Clinica e Diagnosi

La diagnosi di schizofrenia può essere posta clinicamente e, anche per semplicità di trattazione,

posiamo di seguito schematizzarla nella tab. n. 2, seguendo i criteri diagnostici del modello DSM V.

Tab. n. 2 : Criteri diagnostici Schizofrenia sec. DSM V

- sintomi caratteristici positivi e negativi
- disabilità sociale/occupazionale
- durata > 6 mesi
- non attribuibile a disturbi dell' umore
- non attribuibile unicamente ad abuso di sostanze o condizione internistica concomitante

La schizofrenia è una sindrome con due componenti

1. sintomi psicotici acuti o 'positivi'
2. deficit cognitivi e funzionali stabili o 'negativi'

1) I sintomi **psicotici 'positivi'** tendono a essere episodici nel tempo e possono richiedere una temporanea ospedalizzazione.

Essi comprendono alterazioni del comportamento, della senso-percezione e del pensiero (sia della forma sia del contenuto).

<u>Comportamento</u> - Una persona affetta da schizofrenia può presentare alterazioni comportamentali, più o meno gravi ed intense, variando da aggressività, ad eccessiva immobilità, mutacismo, negativismo, obbedienza automatica, rigidità cerea (stato catatonico). I pazienti catatonici possono rimanere seduti immobili e silenziosi, rispondere alle domande solo con brevi risposte e muoversi solo su precisa indicazione.

<u>Senso-percezione</u>

Nei pazienti schizofrenici ciascuno dei 5 sensi può essere colpito da esperienze allucinatorie, tuttavia le più comuni sono quelle **uditive**. Le voci udite possono apparire al soggetto come minacciose, oscene, accusatorie o insultanti. Al contrario la persona può sentirle come inoffensive e talvolta amichevoli. Due o più voci possono dialogare tra di loro, oppure una voce può commentare la vita o il comportamento del paziente. Possono presentarsi anche allucinazioni visive, mentre più rare sono quelle tattili, olfattive e gustative.

Pensiero

I disturbi della forma del pensiero sono osservabili nel linguaggio scritto e parlato del paziente. Essi sono molto variabili, ma possono comprendere perdita dei nessi associativi, incoerenza, neologismi, ecolalia, eccessiva produzione verbale, insalata di parole e mutismo.

Per quanto riguarda i disturbi del contenuto del pensiero, nella schizofrenia si possono manifestare diversi tipi di delirio: di persecuzione, di grandezza, mistici, di gelosia, di riferimento, di influenzamento e somatici.

2) I **sintomi negativi** ed i problemi cognitivi hanno la tendenza a stabilizzarsi nel tempo, e contribuiscono in misura significativa alla compromissione funzionale.

Essi riguardano per lo più l'affettività, che si presenta appiattita con fissità dell'espressione facciale, riduzione dei movimenti spontanei, povertà delle gestualità espressive, scarso contatto con gli occhi, assenza di corrispondenza affettiva e mancanza di espressività della voce. La riduzione della risposta emozionale, con disinteresse nelle attività ricreative e nelle relazioni interpersonali viene definita anedonia. Può inoltre presentarsi apatia, insensibilità di fronte ai sentimenti e alla vita.

L'alogia si manifesta con povertà di linguaggio, blocco e aumentata latenza nella risposte.

La compromissione cognitiva che si manifesta nella schizofrenia comprende problemi nell'attenzione e concentrazione, nella velocità psicomotoria, nell'apprendimento e memoria e nelle funzioni esecutive (pensiero astratto, risoluzione di problemi).

La **disabilità sociale e occupazionale** è inclusa nei criteri diagnostici di schizofrenia. I problemi riguardano una o più aree principali di funzionamento come ad esempio il lavoro, la scuola, le relazioni e la cura di sé. In tali aree il livello di funzionamento arretra notevolmente rispetto a quello raggiunto prima della malattia o, se l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità a raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile.

Tale compromissione funzionale comporta spesso la necessità di attribuire lo stato di invalidità e assicurare al paziente l'assistenza per i bisogni più elementari nell'abitazione, l'assistenza medica, il cibo e i vestiti.

Migliorare la funzionalità rimane tra i più importanti obiettivi nella gestione della schizofrenia.

Spesso vi è scarsa consapevolezza di malattia, con vari livelli di inconsapevolezza, dal rifiuto ostile alla disattenzione verso le cure. La diagnosi di Schizofrenia ha un effetto demoralizzante e stigmatizzante sul paziente che la riceve.

3.1.2 Esordio della Schizofrenia

Una persona che nel corso della vita si ammala di Schizofrenia può presentare condizioni di assoluta normalità nel corso dell'infanzia. Dunque lo sviluppo

psicofisico, le prime interazioni relazionali, l'attitudine al gioco, possono manifestarsi regolarmente.

Solitamente i primi sintomi "campanello d'allarme" (definiti "prodromici" vedi tab. n. 3) insorgono nel corso della fase adolescenziale, sino allo sviluppo del primo franco episodio psicotico (sintomi positivi floridi) più frequentemente fra i 20 ed i 30 anni.

La cosiddetta "personalità premorbosa" (personalità del soggetto prima di ammalarsi) può variare caso per caso:

– nel 50% dei casi: non si riscontrano tratti di personalità, carattere o comportamento patologici prima dell'insorgenza della malattia conclamata.

– nel 25% vengono descritte una"eccessiva sensibilità emotiva", una tendenza all' "instabilità", ed una certa "difficoltà a stare con gli altri"

– nel restante 25% dei casi si osserva: personalità schizoide o schizotipica (vedi capitolo sui disturbi di personalità).

Tab n. 3 Fase Prodromica

Sintomi della Fase Prodromica della Schizofrenia

Ritiro e isolamento sociale
Riduzione della capacità di comportamento finalizzato
Modificazioni del pensiero
Comportamento con impulsività, stranezza o bizzarria
Ansia, perplessità, preoccupazioni somatiche, depersonalizzazione.

3.1.3 Epidemiologia

La Schizofrenia è una forma di disturbo psicotico con una prevalenza life-time circa del 1% e un'incidenza annua che si attesta tra lo 0.2 e lo 0.4 per 1000.

Ha uguale prevalenza negli uomini e nelle donne, tuttavia nel sesso maschile esordisce più precocemente rispetto a quello femminile. Infatti mentre solitamente l'esordio si verifica prima dei 30 anni l'età media di esordio è più bassa di 4 anni negli uomini.

In genere la prognosi è globalmente migliore nelle donne.

3.1.4 Eziologia

L'eziologia della schizofrenia ha una genesi multifattoriale.

I fattori genetici sembrano essere determinanti. Numerosi studi hanno infatti dimostrato un aumento significativo del rischio di sviluppare la malattia fra i parenti (specie se di primo grado) di soggetti affetti, rispetto alla popolazione generale.

Se entrambi i genitori sono affetti il rischio di sviluppare la malattia per il figlio è del 50%, mentre il 60-84% dei gemelli monozigoti condivide la diagnosi, rispetto al 15% dei gemelli dizigoti.

I geni associati con la schizofrenia sarebbero alcune decine.

I rischi ambientali per la schizofrenia includono fattori biologici e psicosociali. Il rischio di sviluppo di schizofrenia è aumentato da eventi prenatali e perinatali, come l'influenza materna, la rosolia, la malnutrizione, il diabete

mellito e il fumo durante la gravidanza e le complicanze ostetriche, soprattutto quelle associate ad ipossia.

Diversi fattori socio-demografici sono associati con un aumento del rischio di schizofrenia tra cui povertà e bassa classe sociale.

3.1.5 Decorso della Schizofrenia

Alcuni pazienti (circa 1\3) si mantengono asintomatici dopo uno o alcuni episodi.

Fattori "protettivi" sembrano essere rappresentati da: trattamento precoce accompagnato da interventi di riabilitazione, una buona capacità della famiglia nel risolvere-affrontare i problemi, un ambiente sociale tollerante e l'aiuto da parte del Servizio Psichiatrico nell'affrontare crisi e conflitti.

Secondo uno studio OMS il decorso sarebbe infatti più favorevole nei Paesi in via di sviluppo dove è più frequente che ci siano dei ruoli sociali prestabiliti, minori livelli di competitività ed aspettative di performance cognitive e sociali più contenute.Il quadro clinico può conoscere una graduale evoluzione, per esempio la sintomatologia positiva può attenuarsi e lasciare progressivamente il posto a quella negativa.

Il funzionamento socio-lavorativo può essere sufficiente in circa la metà dei casi.

3.2 Il Disturbo Psicotico Breve

3.2.1 Clinica e Diagnosi

Nel Disturbo Psicotico breve possono presentarsi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (con deragliamenti ed incoerenza in forma e\o contenuti), comportamento disorganizzato oppure di tipo catatonico.

E' frequente che i sintomi siano accompagnati da volubilità e labilità, confusione e disorientamento.

La durata è di almeno 1 giorno ma inferiore a 1 mese, con successivo ritorno al livello di funzionamento premorboso

Spesso la fase più conclamata della sintomatologia può esser seguita da un periodo di depressione.

3.2.2 Epidemiologia, eziologia e decorso

Epidemiologia - E' un disturbo poco comune, più frequente in soggetti giovani, di bassa estrazione socio-culturale, con preesistenti disturbi della personalità e in quelli che prima dell'insorgenza della sintomatologia psicotica sono stati vittime di stress importanti, come ad esempio disastri o migrazioni traumatiche.

Eziologia - Gli stress psicosociali possono scatenare episodi psicotici. La psicosi in questo senso, può rappresentare una reazione inadeguata di difesa in individui non in grado di affrontare diversamente la situazione. E' fondamentale escludere tuttavia sostanze o cause organiche come fattori scatenanti la sintomatologia.

Decorso **-** In presenza di un buon funzionamento premorboso, fattori psicosociali scatenanti con esordio improvviso dei sintomi, confusione e perplessità all'apice

della sintomatologia e breve durata complessiva dell'episodio psicotico, in assenza di familiarità per Schizofrenia, la prognosi del Disturbo Psicotico Breve è solitamente favorevole.

3.3 Il Disturbo Delirante

3.3.1 Clinica e Diagnosi

Il Disturbo Delirante ha come principale manifestazione la presenza di un delirio fisso ed incrollabile.

Sono presenti idee deliranti strutturate che durano almeno un mese. Il tipo di disturbo delirante viene distinto in base al tema delirante prevalente. Più comunemente si tratta di deliri di Tipo Erotomanico, di Grandezza, di Gelosia, di Persecuzione. Le allucinazioni sono rare e strettamente correlate alle tematiche deliranti.

Il funzionamento, a parte per quanto consegue al (ai) delirio (i), non risulta compromesso in modo rilevante, e il comportamento non è eccessivamente stravagante o bizzarro.

3.3.2 Epidemiologia, eziologia, decorso

Epidemiologia - Il disturbo Delirante è lievemente più frequente nel sesso femminile e presenta un range di età di esordio più probabile fra i 34 ed i 45 anni.

Eziologia - Il Disturbo delirante ha principalmente un'origine psicosociale. Tra i pazienti affetti da questo disturbo ricorrono storie di abusi, educazioni rigide, genitori talvolta crudeli o inaffidabili.

Decorso - Il Disturbo tende ad avere andamento cronico con risposta alla terapia farmacologica spesso poco soddisfacente. La relazione terapeutica è difficile e faticosa a causa dell'intensa diffidenza del paziente.

3.4 La gestione del paziente affetto da un Disturbo psicotico

3.4.1 L'approccio con il paziente psicotico

Non esiste la cosa giusta da dire al paziente con questo disturbo. L'obiettivo è di far sentire meno sola ed angosciata la persona che abbiamo dinanzi.

- non è utile tentare di dissuadere il paziente dalle proprie convinzioni deliranti. Gli sforzi in questo senso otterranno l'unico esito di rinforzare il delirio
- non "colludere con il delirio" ovvero non far finta che un delirio sia vero o reale. E' importante far comprendere al paziente che crediamo che il suo delirio sia *vero per lui*
- ascoltare! Prestare attenzione a sentimenti ed emozioni che accompagnano i sintomi.
- non occorre sempre dire qualcosa

- non ironizzare o ridere di qualcosa che il paziente dice, potrebbe sembrare offensivo o apparire un sinonimo di mancanza di comprensione
- sono preferibili domande brevi e concise, le domande aperte possono generare disorganizzazione nelle risposte del paziente

3.4.2 L'approccio con il paziente delirante

- non discutere né cercare di contrastare i temi deliranti
- non far finta di credere che il delirio sia vero
- dimostrare comprensione verso il disagio recato al paziente dalla presenza del delirio
- mostrarsi franchi, onesti, diretti

3.5 Cenni di Trattamento

3.5.1 Trattamento farmacologico

I principali farmaci impiegati sono gli Antipsicotici, chiamati anche neurolettici, usati per il trattamento della sintomatologia psicotica.

Gli antipsicotici:

- sono capaci di migliorare sensibilmente la sintomatologia "positiva" (allucinazioni e deliri)
- possono causare effetti collaterali
- non creano dipendenza

Esistono due generazioni di antipsicotici:

la prima generazione comprende neurolettici definiti “tipici” (Aloperidolo, Promazina, Flufenazina, etc) dai profili farmacologici differenti, con effetti collaterali più frequentemente di tipo motorio (rigidità, tremori, acatisia, distonie, discninesia), di tipo cardiologico (aritmie ed alterazioni elettrocardiografiche con allungamento tratto QT) e di tipo cognitivo-affettivo (appiattimento affettivo, rallentamento psicomotorio).

La seconda generazione è composta da antipsicotici di più recente formulazione (Olanzapina, Clozapina, Quetiapina, Risperidone, etc) molto efficaci verso i sintomi sia positivi sia negativi della Schizofrenia, con effetti collaterali più di tipo metabolico (aumento di peso, dislipidemie, diabete, iperprolattinemia, etc).

Alcuni antipsicotici sono disponibili in formulazione 'long-acting' che viene somministrata in genere una sola volta al mese.

La Tabella n.4 illustra i principali effetti collaterali gravi associati alla terapia con antipsicotici.

Tab. n. 4: Effetti collaterali GRAVI associati alla terapia con neurolettici

<u>Sindrome maligna da neurolettici</u>

-Ipertermia

-Pronunciati effetti extrapiramidali: rigidità muscolare a tubo di piombo, segno della ruota dentata, scialorrea, crisi oculogire, opistotono, trisma, disfagia, movimenti coreiformi, festinazione.

-Disfunzione neurovegetativa: ipertensione arteriosa (aumento di almeno 20 mm/hg della pressione diastolica), tachicardia (aumento di almeno 30 battiti/minuto), sudorazione profusa, incontinenza.

-Coscienza offuscata: delirium, stupore, mutismo.

-Test di laboratorio abnormi: leucocitosi (> 15000/mm^3), livelli di CPK serica superiori a 1000 IU/ml.

Crisi epilettiche

Ittero

Agranulocitosi, leucopenia

Quanto proseguire il trattamento farmacologico?

La durata convenzionale di un trattamento per un primo episodio di schizofrenia è da uno a due anni dopo la completa remissione dei sintomi.

Per episodi ripetuti di psicosi, è raccomandato proseguire il trattamento per almeno 5 anni ed in alcuni casi per tutta la vita.

Il Disturbo Psicotico Breve può prevedere il ricovero ed un trattamento con farmaci antipsicotici e talora, se necessario, benzodiazepine. La Psicoterapia sarà mirata all'individuazione degli eventuali fattori psicosociali scatenanti.

Per quanto riguarda il Disturbo Delirante la terapia farmacologia si basa sull'impiego di farmaci antipsicotici, spesso poco accettati dal paziente, che possono avere, anche a causa di una compliance ridotta con irregolarità nell'assunzione, una risposta clinica poco soddisfacente.

3.5.2 Gli interventi psicosociali

L'intervento psicosociale cerca di migliorare il management della schizofrenia (es., gestire i sintomi, prevenire le ricadute) ed incrementare e rafforzare il funzionamento in aree come il vivere in modo indipendente, le relazioni e il lavoro.

Gli interventi psicologici rivolti alla persona possono prevedere la terapia cognitivo-comportamentale per le psicosi, una terapia Dialettico comportamentale (DBT) mirata al rinforzo della tolleranza allo stress, alla regolazione delle emozioni ed alla loro validazione, una psicoeducazione finalizzata ad una comprensione dei sintomi per una loro miglior gestione ed il trattamento integrato per l'abuso di sostanze (se in comorbidità).

Interventi sociali specifici che hanno dimostrato di migliorare l'outcome della schizofrenia includono il trattamento assertivo nella comunità, la psico-educazione familiare, il supporto nella ricerca di un' occupazione (lavori in ambienti protetti).

3.6 Casi clinici

Un caso di Schizofrenia lieve

Alessandra è una ragazza carina, timida e un po' remissiva che oggi ha 30 anni.

E' molto legata alla giovane madre, ma non vuole che questa la 'invada'. Ha poche amiche. Ha un ragazzo fin da quando aveva 16 anni, ma con lui 'non si diverte.'

Nel '97 si diploma logopedista ed inizia delle sostituzioni. Viaggiare e cambiare ambienti la stanca molto, ma è determinata a progredire nel lavoro.

A Natale '98 va a Parigi con il ragazzo 'per capire se lo amava' ma dopo pochi giorni la riportano a casa delirante, allucinata, confusa e terrorizzata. Non sa spiegare cosa sia accaduto.

Sottoposta ad un programma intenso di cure ambulatoriali guarisce presto dai sintomi psicotici. Non ha

‘soft signs’. Rimane una difficoltà nei rapporti sociali ancora maggiori che in passato. E’ spaventata dagli ambienti che non conosce ed ha difficoltà ad inserirsi nei gruppi.

Ha ripreso il lavoro adattandosi ad una mansione poco gratificante ma poco faticosa, è rimasta con il suo ragazzo ma vive ancora dalla madre.

Periodicamente momenti di crisi in cui si sente perseguitata e in difficoltà nelle relazioni interpersonali, in parte critica verso queste fasi

Un caso di Schizofrenia Grave

Marco studia ingegneria. Si è trasferito da un piccolo paese del sud in una grande città del nord. E’ un ragazzo che non ha mai avuto problemi, di buon carattere. E’ figlio unico ed ha buoni rapporti con i genitori.

Nel corso degli studi inizia a ridurre la frequenza alle lezioni e i rapporti con gli amici. Inizia anche ad avere difficoltà a concentrarsi. Passa la maggior parte del suo tempo in camera, trascorre sveglio la maggior parte della notte e dorme durante il giorno.

Dopo qualche mese ha la sensazione che gli insegnanti ed i compagni ‘ ce l’hanno con lui ’ , litiga spesso e finisce per avere comportamenti inadeguati. Compare un franco delirio di persecuzione: prima è convinto che la mafia lo tenga sotto controllo e voglia ucciderlo, poi il delirio muta ed è la polizia a sorvegliarlo in quanto pensano abbia rapporti con la mafia.

Con il trattamento le idee deliranti migliorano ma senza scomparire del tutto. Inizia ad avere strane idee sulla anatomia umana e sulla propria malattia. Trascorre molto tempo chiuso nella sua stanza ed ha pochissimi rapporti con gli altri (nel frattempo si è trasferito a Bologna e vive con la sorella).

Un caso di Schizofrenia Molto Grave

Matteo viene segnalato ai Servizi di salute mentale all'età di 17 anni da parte dei servizi sociali. A scuola presenta infatti comportamenti anomali e preoccupanti, fa molte assenze, ride senza motivo, non studia ed è evidentemente disturbato.

La madre è una giovane donna recentemente immigrata dal meridione, separata dal padre di Matteo già da molti anni. Svolge lavori umili, è sostenuta dai servizi sociali ed appare fortemente provata.

Matteo ha avuto difficoltà di adattamento alla scuola fin dalle medie, è buono, ma chiuso e strano ed ha serie difficoltà a concentrarsi e studiare.

Inizia ad avere strane idee sulla telepatia ed a pensare che i vicini di casa leggano il suo pensiero; angosciato, assediato, si chiude in bagno con la radio ad alto volume. Anche la radio e la televisione però parlano di lui.

Al culmine della psicosi scrive biglietti di auto-denigrazione ed auto-accusa, per togliere ai suoi persecutori la soddisfazione di svergognarlo.

Le terapie sono poco efficaci e non riescono a ridurre in maniera significativa i sintomi. E' necessario pensare ad un inserimento in comunità.

Capitolo 4
I Disturbi dell'Umore

4.1 Introduzione

L'umore è un'emozione pervasiva e duratura che colora la percezione che il soggetto ha del mondo. I disturbi dell'umore sono suddivisi, nel DSM-IV, in due categorie principali: il **Disturbo Unipolare** (UP), in cui i pazienti sperimentano soltanto il polo depressivo, e il **Disturbo Bipolare** (BP) in cui i pazienti sperimentano in diversi momenti sia il polo depressivo sia il polo maniacale. Vedi figura di seguito.

Mania
Umore elevato, euforico
Loquacità, aumento della attività
Eccessivo coinvolgimento

Umore Normale

Depressione
Umore basso, triste
Astenia, disinteresse
Riduzione di attività e contatti

I disturbi dell'umore rappresentano oggi uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica. Stime recenti affermano tuttavia che meno di un terzo delle persone che soffrono di disturbi dell'umore giunge all'osservazione del medico sebbene queste condizioni, anche nelle forme più lievi, possano determinare alti livelli di sofferenza soggettiva, compromissione del ruolo sociale e familiare, graduale deterioramento della qualità di vita e condurre a gravi complicanze, come l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, e, nei casi più seri, il suicidio.

L'attuale nosografia identifica due forme principali di disturbo dell'umore, il Disturbo Bipolare (BPD) e il Disturbo Depressivo Maggiore (MDD).

La **depressione** nella popolazione generale si assesta tra la popolazione generale circa al **10%**, con un rapporto **maschi:femmine di 1:2**. Gran parte dei disturbi bipolari però esordiscono con un episodio depressivo e solo successivamente manifestano la polarità maniacale.

La prevalenza nella popolazione generale del **disturbo bipolare** è stimata attorno all' **1%** ed il rapporto tra **maschi e femmine è di 1:1.**

4.1 Il Disturbo Depressivo maggiore

Nella antichità, il medico greco Ippocrate di Cos descrive la condizione di melanconia (in greco *μελαγχολία*) come una malattia caratterizzata da "paure e scoraggiamenti, che durano a lungo".

La parola "depressione" deriva dal verbo latino "deprimere" che vuol dire "premere verso il basso".

Sebbene il termine depressione sia largamente utilizzato a livello colloquiale per descrivere quegli stati emozionali caratterizzati da tristezza, abbattimento e pessimismo, una

persona affetta da depressione non è solo semplicemente triste.

La depressione è infatti caratterizzata dall'associazione di un tono dell'umore continuativamente basso con sintomi che causino interferenza significativa sulla capacità funzionale dell'individuo.

4.1.1 Clinica e Diagnosi

Dal punto di vista clinico per parlare di depressione maggiore deve manifestarsi un umore depresso e\o un'intensa perdita di piacere e interesse per tutte, o quasi, le attività. Una riduzione della stima di sé e della fiducia in sé stesso e una visione del futuro triste e pessimistica accompagnano la flessione del tono dell'umore.

Dal punto di vista psicomotorio si può trovare rallentamento e mancanza di energia o viceversa agitazione, in genere accompagnata da ansietà e irritabilità. Si possono presentare inoltre una riduzione della concentrazione e della memoria, sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, che spesso conducono a idee di morte più o meno strutturate. Possono essere coinvolti anche la sfera dell'appetito, che può aumentare o diminuire, e il ritmo sonno-veglia con insonnia o ipersonnia.

Durante questo disturbo si modificano in maniera consistente il pensiero e il comportamento dell'individuo, così come anche funzioni vegetative di base. Si determina pertanto un disagio e una compromissione significativa del soggetto, per la durata di un singolo episodio o di più episodi ricorrenti, intervallati da periodi di benessere. La Depressione è uno dei più importanti fattori di rischio per il suicidio.

4.1.2 Epidemiologia, Eziologia, Decorso

Epidemiologia - La depressione è una delle maggiori cause di malattia, colpendo 121 milioni di persone in tutto il mondo.

E' più frequente nelle donne rispetto agli uomini (rapporto fra F e M di 2:1) e la fascia di età più a rischio è quella compresa fra i 25 ed i 40 anni.

Nella più recente indagine dell'OMS si assestava al 3° posto come causa di malattia a livello mondiale e al 1° posto nei paesi più industrializzati, ed è destinata a diventare seconda solo all'HIV entro il 2030. Tutto questo si traduce in elevati costi, oltre che umani anche economici.

Eziologia - L'origine del Disturbo Depressivo Maggiore è multifattoriale: concorrono infatti fattori genetici, biologici e psico-sociali.

Il risultato di studi sulla componente genetica indica che il rischio di sviluppare un disturbo depressivo è 3-4 volte maggiore nei nuclei familiari in cui sono presenti soggetti con disturbi dell'umore rispetto alla popolazione generale.

Tra i fattori psicosociali emerge fra i pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore una frequente associazione della perdita precoce di un genitore (prima degli 11 anni di età).

Decorso - L'esordio dell'episodio depressivo può essere improvviso oppure graduale. In quest'ultimo caso compaiono sintomi prodromici quali labilità emotiva, astenia, insonnia, cefalea, ridotto interesse sessuale, scarso appetito, difficoltà di concentrazione, diminuzione di interesse nelle normali attività. Gli episodi di malattia

hanno una durata variabile ma in genere vanno in remissione anche spontaneamente dopo alcuni mesi.

La prognosi del Disturbo Depressivo maggiore è generalmente buona: il 50% guarisce completamente, il 30% va incontro ad una remissione parziale, il 20% ha un decorso cronico. Tuttavia nei soggetti affetti la probabilità di avere episodi successivi cresce con il numero di episodi.

4.1.3 L'approccio con il paziente depresso

Il paziente depresso spesso non mostra apprezzamento per i trattamenti, può lamentarsi in continuazione, dicendo che non c'è nulla da fare e che tutto è inutile: non è insolito che lo staff medico-infermieristico lo percepisca come un paziente "difficile". Pertanto diventano fondamentali il confronto fra colleghi ed il sostegno al paziente da parte dell'intera equipe rispetto all'importanza delle cure.

Alcuni suggerimenti utili:

- Validare la sofferenza del paziente: la depressione non è segno di debolezza, di scarsa volontà, di pazzia;
- Incoraggiare il paziente dando una ragionevole speranza: le cure per la depressione sono efficaci, la situazione migliorerà con il tempo;
- Evitare di dire al paziente che deve farsi forza e superare la situazione (colpevolizzazione)
- Valutare la situazione familiare del paziente: I parenti si rendono conto del problema del paziente? Lo incoraggiano a curarsi o remano contro? Ci sono situazioni familiari e non che mantengono lo stato di stress del paziente?

- Ascoltare il paziente, trasmettendogli interesse e comprensione, anche rimanendo in silenzio.

4.2 Il Disturbo Bipolare

4.2.1 Clinica e Diagnosi

Il Disturbo Bipolare è caratterizzato dall'oscillazione del tono dell'umore in due opposte direzioni, verso il basso (episodio depressivo) e verso l'alto (episodio maniacale o ipomaniacale), in periodi diversi, della durata di settimane o mesi, talora in risposta ad eventi o condizioni di vita stressanti o particolarmente significative.

Quando l'umore vira verso l'alto a seconda dell'intensità e della gravità dell'alterazione del funzionamento della persona avremo un episodio ipomaniacale (meno grave) o maniacale (più grave, richiede molto spesso ospedalizzazione).

L'**Episodio Maniacale** presenta un quadro clinico speculare a quello della depressione.

Descrizione generale: Aspetto brillante, abbigliamento vivace, trucco pesante, tutto vistoso e disordinato, impressione di ringiovanimento, aumentata energia, iperattività motoria, disinibizione, affaccendamento, agitazione marcata, comportamenti aggressivi se contrastati, comportamenti a rischio, abuso di sostanze. Ridotto bisogno di sonno e di cibo.

Umore: Umore elevato, stato di esaltazione e di eccitamento, senso di pienezza e di sintonia con il mondo circostante

Linguaggio: Logorrea

Senso-percezione e contenuto del pensiero: Talvolta possono essere presenti allucinazioni e idee deliranti con tematiche megalomaniche o grandiose.

Forma del pensiero: accelerazione, fuga delle idee, deragliamento, tangenzialità, distraibilità, illogicità (casi più gravi)

La Mania può presentare un esordio brusco, più frequente quando l'episodio è precipitato da eventi stressanti o uso di sostanze stimolanti (amfetamine, cocaina). Nel caso di esordio graduale si hanno sintomi prodromici quali lieve iperattività, ridotto bisogno di sonno, sensazione di energia e benessere, loquacità, coinvolgimento in vari interessi, disinibizione sociale e sessuale (condizione più simile all'"Ipomania", ossia una forma più lieve della Mania).

Per **Episodio Misto** si intende un quadro clinico caratterizzati dalla coesistenza di sintomi di polarità opposte, maniacale e depressiva.

E' una condizione clinica molto frequente.

La diagnosi di Disturbo Bipolare dunque si basa sulla presenza, di uno o più episodi depressivi e di almeno un episodio ipomaniacale nella storia di malattia della persona. La presenza o meno di almeno un episodio maniacale comporterà la diagnosi di Disturbo Bipolare rispettivamente di tipo I o II.

Schematizzando:

- numerosi episodi depressivi (nessun episodio ipomaniacale, nessun episodio maniacale) = *Disturbo Depressivo Maggiore Ricorrente*

- più di un episodio depressivo + almeno un episodio ipomaniacale (nessun episodio maniacale) = *Disturbo Bipolare tipo II*
- uno o più episodi depressivi + uno o più episodi maniacali + uno o più episodi maniacali = *Disturbo Bipolare tipo I*

4.2.2 Epidemiologia, Eziologia, Decorso

Epidemiologia – La prevalenza del Disturbo Bipolare nella popolazione generale si attesta intorno all'1%. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative nella distribuzione del disturbo fra i due sessi.

L'età di esordio più frequente è intorno ai 30 anni.

Eziologia - La componente genetica ha un peso maggiore nell'eziologia del Disturbo Bipolare rispetto al Disturbo Unipolare. Il rischio di malattia per disturbo dell'umore nei parenti di I e II grado è intorno al 20%. In particolare la presenza di uno o entrambi i genitori affetti sembra giocare un ruolo nell'anticipare l'età di esordio ed è associata ad un quadro clinico più grave.

Decorso - Per molte persone affette da Disturbo Bipolare la prognosi è favorevole. Condizione essenziale ai fini di un miglior decorso di malattia è una diagnosi accurata e precoce, che consenta un trattamento idoneo e costante e riduca sintomi e disabilità.
Questo disturbo è infatti tanto invalidante quanto più impatta sul funzionamento della persona: dunque possiamo affermare che il numero annuo di episodi di

alterazione del tono dell'umore sia un buon indicatore di disabilità. Indicativamente quando questo numero supera 4 (episodi annui) parleremo di *"cicli rapidi"* di malattia, condizione che si associa indubbiamente ad una prognosi peggiore. La persona trascorrerà infatti breve tempo in assenza di manifestazioni di malattia, non riuscendo così a costruire una rete affettiva e familiare stabile, facendo fatica a trovare lavoro o a portare a termine gli studi. Famiglia, rete sociale e lavoro rappresentano infatti fattori protettivi e coordinate solide nella vita di ogni individuo, in particolare se affetto da un disturbo psichiatrico.
Gli episodi di alterazione umorale possono inoltre insorgere in concomitanza ai cambi di stagione: gli episodi maniacali o ipomaniacali si verificano più spesso in primavera-estate, quelli depressivi in autunno. In tal caso diremo che il disturbo ha una ricorrenza *"stagionale".*

4.2.3 Disturbo Bipolare e Genialità

Alcune tra le personalità più creative e geniali della storia dell'umanità sarebbero oggi inquadrabili in questa categoria diagnostica. Vulnerabilità e sensibilità, fragilità e genialità, emotività ed intelligenza possono rappresentare due facce di una stessa medaglia.

Giovanni Cassano, Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa, interpreta come una possibile traccia di bipolarità il netto contrasto esistente fra le musiche cupe della composizione "Tristano e Isotta" e i passaggi sfolgoranti de "I Maestri cantori di Norimberga" di Richard Wagner.

Affidabili analisi storiche dimostrano che personaggi illustri quali George Gordon Byron, Napoleone Bonaparte, Winston Churchill, Ludwing van Beethoven, Kurt Cobain,

Virginia Woolf, Giacomo Leopardi, Friedrich Nietzsche, Vincent van Gogh ed un'alta percentuale dei pittori espressionisti, soffrissero di bipolarismo.

Anche numerosi personaggi contemporanei quali ad esempio Catherine Zeta-Jones, Mel Gibson, Robbie Williams, Ben Stiller e molti altri, hanno dichiarato di esserne affetti. Personaggi italiani con questa diagnosi sono stati Vittorio Gassman e Indro Montanelli. La poetessa Alda Merini è stata ricoverata numerose volte per fasi alterne del disturbo. Chiudiamo questo paragrafo con una sua poesia.

Sono nata il 21 a primavera

Sono nata il ventuno a primavera
Ma non sapevo che nascere folle,
aprire le zolle
potesse scatenar tempesta.
Così Proserpina lieve
vede piovere sulle erbe,
sui grossi frumenti gentili
e piange sempre la sera.
Forse è la sua preghiera.

Alda Merini
Da "Vuoto d'amore"

4.2.4 L'approccio al paziente in fase maniacale

Il paziente affetto da Disturbo Bipolare, come detto sopra, è una persona frequentemente intelligente, creativa, geniale ma durante la fase di scompenso maniacale può presentare scarso insight di malattia, una

ridotta tolleranza allo stress ed una bassa soglia di irritabilità, per cui l'approccio del personale medico infermieristico dovrà essere estremamente delicato e prudente.

Pertanto sarà opportuno:

- Evitare contraddizioni dirette, rimandare
- Distrarre, spostando l'attenzione del paziente su altro in caso di diverbi: esempio bere una cioccolata insieme.
- Aiutare la consapevolezza di malattia, aumentare il livello di critica del paziente rispetto alle sue condizioni cliniche

4.3 Cenni di trattamento

Gli episodi di alterazione del tono dell'umore possono essere trattati, a seconda della qualità e dell'intensità della sintomatologia presente, psicologicamente e\o farmacologicamente.

I quadri depressivi si possono distinguere in lievi-moderati e gravi.

Gli **episodi depressivi lievi-moderati** possono ricevere in prima battuta un trattamento di tipo psicologico (terapia cognitivo comportamentale breve, focalizzata in circa 10-12 incontri) anche in assenza di un supporto farmacologico. Nei casi in cui l'intervento psicologico non si dimostrasse sufficiente nel risolvere il quadro è consigliabile associare un trattamento farmacologico con farmaci della categoria degli antidepressivi (nei casi di depressione unipolare) o degli stabilizzatori dell'umore (nei casi di depressione nell'ambito di un disturbo bipolare).

Gli episodi depressivi di intensità severa vengono trattati farmacologicamente.

I farmaci impiegati nella cura dell'umore depresso e degli altri sintomi tipici della depressione unipolare sono gli antidepressivi, che si suddividono in 3 sottogruppi maggiori:

1. Triciclici
2. Inibitori selettivi del recupero della serotonina (SSRI).
3. Inibitori delle mono-amminossidasi (IMAO)

Sono farmaci generalmente efficaci, ma possono indurre effetti collaterali. Non danno dipendenza a differenza delle benzodiazepine (farmaci talvolta impiegati nel trattamento dei disturbi ansiosi o del sonno). Gli antidepressivi devono essere assunti con regolarità.

Dall'inizio del trattamento alla comparsa dei benefici possono trascorrere alcune settimane.

Se vengono prescritte dosi di antidepressivi troppo basse e per periodi troppo brevi la risposta può mancare o essere ridotta e seguita da frequenti ricadute e aumento della morbilità.

Circa il 70% dei pazienti traggono beneficio dall'antidepressivo se dato a dosi terapeutiche per un periodo adeguato (6-8 settimane).

Le **fasi maniacali e miste** possono beneficiare del trattamento con farmaci stabilizzatori dell'umore associati, in casi particolarmente gravi o resistenti alle terapie, con farmaci antipsicotici, più frequentemente di seconda generazione (olanzapina, quetiapina, aripiprazolo).

Gli stabilizzatori dell'umore hanno l'obiettivo di contenere gli episodi di alterazione del tono timico in entrambe le polarità. Uno dei farmaci più potenti, appartenente a questa categoria, è il **litio**. Pur essendo un

farmaco efficace, il litio presenta un inconveniente non trascurabile: può essere tossico se raggiunge determinati livelli nell'organismo. Per questo motivo è necessario tenere sotto controllo periodicamente (di solito ogni 3-6 mesi) la sua concentrazione nel sangue.

Altri stabilizzatori sono: Valproato, Carbamazepina, Lamotrigina.

Gli **interventi di psicoeducazione** per i pazienti depressi, ed in particolar modo, per le persone affette da Disturbi Bipolari, si sono dimostrati molto efficaci nel ridurre il numero di ricadute di malattia e nel migliorare la compliance ai trattamenti psicofarmacologici.

"Psicoeducare" significa informare la persona circa la diagnosi, la sintomatologia, i segnali di allarme, il decorso ed il trattamento, fornendo anche utili consigli sullo stile di vita più idoneo a ridurre le oscillazioni timiche (orari regolari, dormire almeno 7-8 ore per notte, evitare l'esercizio fisico eccessivo se sono presenti precedenti episodi maniacali in anamnesi, evitare uso di sostanze psicostimolanti, moderare consumo di caffè, assumere regolarmente la terapia) .

4.4 Casi clinici

Caso clinico di Depressione

G.M. è una casalinga di 43 anni, coniugata e madre di due figli; è giunta alla nostra osservazione inviata dal medico curante. La paziente viene descritta dai familiari come una donna attiva nello svolgere le proprie mansioni, tranquilla e piuttosto remissiva nei confronti del marito. Negli ultimi mesi ha mostrato crescenti difficoltà nello svolgere le normali attività di casalinga, turbata dalla sensazione di non saper più prendere alcuna decisione: "... non riesco più a decidere cosa comprare, mi sembra di sbagliare, anzi penso di aver sempre sbagliato, ...quello che prima facevo senza alcun problema ora mi preoccupa". Riferisce di sentirsi molto triste e completamente senza speranza, soprattutto la mattina, mentre, con il trascorrere delle ore, nota un leggero miglioramento. Nelle prime ore della sera avverte il desiderio di coricarsi, "un'altra giornata è terminata", riuscendo tuttavia a dormire solo per poche ore. Spesso nella notte si sveglia e non riesce a riprendere sonno; la mattina è costretta ad alzarsi molto presto. Nelle ultime settimane G.M. ha espresso in alcune occasioni il desiderio di morire "per porre fine alle sofferenze". Riferisce di sentirsi in colpa per "qualcosa di molto grave che è successo alcuni anni fa", se ne vergogna e teme che, raccontando questo episodio, possano determinarsi delle nuove conseguenze. Infine G.M. racconta di aver causato con la propria condotta il licenziamento del marito, evento peraltro accaduto anni prima senza particolari conseguenze sull'economia familiare.

Caso clinico di stato maniacale

Riccardo, 24 anni, giunse al Pronto Soccorso urlante: mentre giocava a basket aveva cominciato a dire a tutti che poteva comunicare con Dio. Secondo gli amici, che lo

avevano accompagnato al PS, Riccardo nella settimana precedente era progressivamente apparso sempre più euforico, “eccitato”, nonostante non facesse uso di droghe o alcolici. Il consulente psichiatra, chiamato dal medico del pronto soccorso, contattò, dietro consiglio degli amici, la fidanzata del paziente, che riferì quanto segue.

Riccardo sino ad una settimana prima era stato bene e non aveva manifestato comportamenti “strani” o insoliti. Viveva con la sua ragazza e lavorava part time in un bar. Circa 10 giorni prima aveva cominciato a dire “cose strane” soprattutto a contenuto religioso. Non dormiva più la notte ed era diventato sessualmente molto esigente con la fidanzata. Aveva anche iniziato a lavorare di più “per bruciare l’eccessiva energia” ed era apparso a tutti più logorroico ed estroverso. La fidanzata aveva anche scoperto che Riccardo aveva speso una somma ingente di denaro per l’acquisto di un’auto di grossa cilindrata, acquisto non programmato e non ponderato con la sua consueta attenzione.

Il consulente psichiatra decise di ricoverare Riccardo e di impostare una terapia con uno stabilizzatore dell’umore.

Capitolo 5
Psicotraumatologia

5.1 Il trauma

Il trauma è un'esperienza di particolare gravità che compromette il senso di stabilità e continuità fisica o psichica di una persona.

Esistono esperienze traumatiche per chiunque, come catastrofi naturali, perdite familiari molto precoci, terremoti, incidenti stradali, aggressioni ed abusi.

Dunque soltanto un evento particolarmente grave e rilevante può compromettere la stabilità psichica di un individuo?

E' traumatico tutto ciò che non può essere contenuto nel nostro "spazio psichico", ovvero ciò che supera la nostra capacità di elaborazione dell'esperienza.

Pertanto da ciò segue che il concetto di trauma è fortemente soggettivo.

Dunque potremmo meglio definire il trauma come un'esperienza di particolare gravità per il soggetto che compromette il senso di stabilità e continuità fisica o psichica del soggetto stesso.

Se il concetto di “traumatico” è fortemente soggettivo, ugualmente soggettiva sarà la reazione al trauma. Ogni persona potrà reagire ad un trauma in maniera differente. Pensiamo ad un evento traumatico per la maggior parte degli individui facenti parte di uno stesso sistema socio-culturale, ad esempio un terremoto molto intenso. Se analizzassimo gli abitanti di un comune colpito dal terremoto, noteremmo che la quasi totalità delle persone giudicherebbe l’esperienza traumatica e si definirebbe “colpita” dall’evento, ma soltanto una percentuale svilupperebbe una sintomatologia ansiosa correlabile al terremoto.

La risposta individuale dipende da:

- tipo di evento stressante
- caratteristiche di personalità della vittima
- modalità individuali di reagire allo stress
- supporto e risorse sociali

5.2 Disturbi connessi al trauma

La riposta al trauma assume i connotati di una reazione “patologica” nel momento in cui comporta l’insorgenza di sintomi emozionali e comportamentali che provocano un intenso disagio psichico (superiore a quanto atteso) e\o una severa alterazione del funzionamento socio-lavorativo della persona o comunque un declino rispetto al suo precedente livello di funzionamento.

Possono manifestarsi (30-35%):

- Disturbo dell’Adattamento
- Disturbo psicotico breve (vedi capitolo Disturbi Psicotici)

- Disturbo post-traumatico da Stress

- Possono insorgere anche altri disturbi: “Reactive Attachment disorder”, “Disinhibited Social Engagement Disorder”, disturbi di ansia e umore, disturbi della sessualità, dell’alimentazione, somatoformi o da uso di sostanze.

5.3 Disturbo dell’adattamento

5.3.1 Clinica e Diagnosi

Il Disturbo dell’adattamento è un tipo di disagio psichico strettamente correlato ad uno o più fattori stressanti, che possono variare per intensità, quantità, durata e reversibilità. Fondamentali nell’eziopatogenesi di questo disturbo sono anche il contesto ambientale, che determina la presenza di un maggiore o minore supporto interpersonale, e le caratteristiche personologiche individuali.

A seconda della sintomatologia predominante nel quadro clinico, il Disturbo dell’adattamento può esser connotato nei modi seguenti:

- con UMORE DEPRESSO (il paziente si mostra depresso, esprime sentimenti di disperazione)
- con ANSIA (presenti ansia, agitazione)
- con ALTERAZIONE DELLA CONDOTTA (possono manifestarsi alterazioni di norme e regole

comuni con atti di vandalismo, aumento rissosità, guida spericolata)
- con ANSIA E UMORE DEPRESSO misti
- con ALTERAZIONE dell'EMOTIVITA' e della CONDOTTA misti

5.3.2 Epidemiologia, Decorso e Trattamento

Epidemiologia

Il Disturbo dell'Adattamento è più comune negli adolescenti ma può manifestarsi a tutte le età.

Il rapporto femmine:maschi è di 2:1

I più frequenti fattori scatenanti la sintomatologia variano a seconda della fascia di età del soggetto:

- Adolescenti: problemi scolastici, rifiuto da parte dei genitori, divorzio dei genitori
- Adulti: problemi coniugali, divorzio, trasferimento in un nuovo ambiente, problemi finanziari

Decorso e Trattamento

Il Disturbo dell'Adattamento può spesso andare incontro a remissione spontanea della sintomatologia, specialmente quando i fattori scatenanti non sono molto intensi o sono reversibili.

Tuttavia in presenza di stressors numerosi o particolarmente gravosi nel tempo può rendersi necessario un trattamento che in prima battuta è di solito di tipo psicologico. Il Medico Curante può consigliare al paziente un intervento supportivo ed eventualmente psicoterapeutico individuale, con il fine di affrontare ed approfondire le circostanze stressanti e le dinamiche interpersonali ad esse correlate. Alle volte possono essere

sufficienti interventi psicologici di tipo gruppale: ad esempio i gruppi di auto-mutuo-aiuto in cui persone con problemi analoghi si incontrano per discutere e condividere il proprio disagio comune (esistono gruppi di familiari di persone affette da Demenza, gruppi di persone che hanno subito un lutto, gruppi di persone con problemi di depressione o ansia, etc) oppure i gruppi psicologici con finalità terapeutiche specifiche, solitamente condotti da psicologi o psichiatri. Infine, in caso di problematiche familiari, come ad esempio problemi coniugali, separazioni o divorzi, possono essere considerate terapie di coppia o terapie familiari, condotte da specialisti della salute mentale con competenze specifiche nel settore.

In alcuni casi la sintomatologia del disturbo può peggiorare al punto tale da richiedere un trattamento farmacologico con antidepressivi ed ansiolitici (solo per brevi periodi e in combinazione con psicoterapia).

Talvolta, in presenza di fattori stressanti significativi e di vulnerabilità personologiche, specie se non sono stati attivati trattamenti psicologici specifici, il quadro clinico può evolvere in franchi disturbi di ansia o umore.

5.4 Disturbo post-traumatico da stress

Il DPTS (Disturbo Post-Traumatico da Stress) si verifica in seguito all'esposizione ad un evento traumatico di grande portata che implica **morte o minaccia di morte o di gravi lesioni o minaccia all'integrità fisica propria o altrui**, come esperienze di combattimento, catastrofi naturali, aggressioni, stupri, gravi incidenti, cui l'individuo risponde con paura intensa, sentimenti di impotenza e condotte di evitamento:

- Esposizione ad un evento traumatico
- L'evento viene rivissuto in modo persistente
- Evitamento di stimoli che possano ricordare l'evento e attenuazione della reattività generale
- Aumentata reattività (iperarousal)

L'evento viene rivissuto in modo persistente attraverso ricordi spiacevoli e intrusivi (ad esempio nei bambini attraverso giochi ripetitivi sul tema), sogni spiacevoli, sensazione di rivivere l'evento attraverso illusioni, allucinazioni, flashback dissociativi, disagio intenso e aumento della reattività fisiologica di fronte a fattori che simbolizzano o assomigliano all'evento.

Ne consegue l'evitamento di stimoli come pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi e persone che possano ricordare l'evento in associazione con riduzione dell'interesse e della partecipazione, sentimenti di distacco ed estraneità, riduzione dell'affettività, diminuzione delle aspettative future.

D'altra parte si assiste a un aumento della reattività che si manifesta con disturbi del sonno, irritabilità, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme.

Esistono **3 ordini di fattori** (vedi capitolo 1 – modello bio-psico-sociale) che possono costituire un'aumentata vulnerabilità che predispone un soggetto a reagire ad un'esperienza particolarmente traumatica sviluppando un DPTS (ovvero che rende l'esperienza <u>particolarmente traumatica per il proprio apparato psichico</u>)

1. Vulnerabilità genetica a malattie psichiatriche
2. Trauma infantile
3. Inadeguato sistema di supporto

Capitolo 6
I Disturbi d'Ansia e dello Spettro Ossessivo-Compulsivo

6.1 I Disturbi D'ansia

L'Ansia è uno stato emotivo spiacevole caratterizzato da sensazione di allarme e pericolo imminente che può essere difficile definire. Il "pericolo imminente" può non esistere affatto concretamente nella realtà, oppure se realmente esistente, non esser proporzionato alla reazione ansiosa.

L'ansia può manifestarsi come sensazione psichica, cioè come sentimento; altre volte viene invece veicolata attraverso il corpo e, quindi, assumere le sembianze di un disturbo fisico. In tale forma può colpire numerosissimi organi o apparati: disturbi cardio-vascolari (senso di costrizione o di peso alla ragione cardiaca chiamato anche angoscia o angor, tachicardia, svenimenti); respiratori (difficoltà respiratorie, respiro accelerato, tosse); digestivi (spasmi, nodo alla gola o allo stomaco, singhiozzi, coliche

addominali) genito-urinari (dolori, bisogno impellente di urinare); neurologici (cefalea, vertigini, dolori variamente localizzati).

Esiste una sottile linea di demarcazione fra ansia fisiologica (reazione emotiva ubiquitaria comune a tutti) ed ansia patologica. Il disagio psichico e l'eventuale alterazione del funzionamento socio-lavorativo della persona sono ancora una volta fondamentali nel tracciare tale confine.

Tab. n. 5: I Disturbi d'Ansia secondo classificazione DSM V

1. DISTURBO D'ANSIA DA SEPARAZIONE
2. MUTISMO SELETTIVO
3. FOBIA SPECIFICA
4. FOBIA SOCIALE
5. DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO
6. AGORAFOBIA
7. DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO
8. DISTURBO D'ANSIA DOVUTO A CONDIZIONE MEDICA GENERALE
9. DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA SOSTANZE
10. DISTURBO D'ANSIA Non Altrimenti Specificato

6.1.1 Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

Un **attacco di panico** è un periodo di paura o disagio intensi, tipicamente con un inizio improvviso ed inatteso,

solitamente di durata compresa tra i 2 e gli 8 minuti. La manifestazione è significativamente diversa da quanto avviene negli altri tipi di disturbi di ansia, in quanto gli attacchi sono improvvisi, attesi (attivati da determinate situazioni) o inattesi e spesso debilitanti.

Un attacco di panico include sintomi psicologici e sintomi fisici.

I sintomi psicologici possono esser rappresentati da un'intensa paura di perdere il controllo o di impazzire, e\o di morire, e\o di svenire.

Dal punto di vista fisico i sintomi e segni comprendono: tachicardia, palpitazioni, senso di fiato corto, dolore toracico, sudorazione, vertigini, nausea, dolori al petto, rossore al viso e al petto, brividi o vampate di calore, tremori fini o a scatti, sensazione di lingua e bocca asciutta.

Un unico attacco di panico, evento molto frequente nella vita di una persona, non è sufficiente per porre diagnosi di DAP. Se una persona presenta ripetuti attacchi di panico, oppure dopo almeno due attacchi percepisce una forte ansia riguardo la possibilità di avere un altro attacco (definita "ansia anticipatoria"), allora si può far diagnosi di un "disturbo da attacchi di panico" o DAP.

Il disturbo di panico può continuare per mesi o anni, a seconda di come e quando si richiede una cura. In assenza di trattamento (psicologico specifico o farmacologico) i sintomi possono peggiorare e limitare pesantemente il funzionamento della persona che soffre di questo disturbo. L'ansia anticipatoria può essere così intensa da scatenare condotte di evitamento di situazioni in cui si sono verificati gli attacchi o nelle quali sarebbe fortemente imbarazzante avvertire i sintomi panicoformi (sintomi agorafobici, vedi dopo: Agorafobia).

Esempio clinico

"Dopo i primi palleggi di riscaldamento, ho cominciato a sentire una fitta dolorosa che saliva dal torace e si muoveva lentamente verso la spalla fino ad irradiarsi al braccio. Ho subito pensato a quanto era capitato a mio padre, colpito da infarto acuto del miocardio durante il lavoro. Mi sentivo svenire, avevo la sensazione che il battere del cuore procedesse come un martello pneumatico, che il respiro andasse per conto suo. Mi sono come paralizzato, impossibilitato a chiamare il mio amico. Sudavo copiosamente. Tutto mi girava intorno, o forse ero io a girare intorno alle cose, mi sembrava realmente di impazzire. Fermo con la racchetta in mano, inebetito al centro del campo, valutavo il tempo che mancava al definitivo collasso, alla morte. Ma era come se vivisezionassi tutto; e l'angoscia terribile che mi pervadeva era l'impossibilità di controllare tutto ciò, di poter minimamente intervenire …"

6.1.2 Disturbi Fobici

6.1.2.1 Agorafobia

L'Agorafobia (etimologicamente dal greco "paura della piazza") è la paura o il grave disagio che il soggetto prova nel trovarsi in ambienti o situazioni non considerati familiari, dai quali sarebbe difficile o imbarazzante uscire o allontanarsi o nei quali sarebbe difficile reperire un aiuto (strade, luoghi, mezzi di trasporto affollati, luoghi angusti e chiusi, situazioni sociali specifiche). Pertanto la persona

mette in atto condotte di evitamento dei luoghi e situazioni che comportano tale disagio oppure può provare a sopportare il disagio con molta fatica e insorgenza di sintomi di panico o ansia, con evidenti ripercussioni sul proprio funzionamento.

6.1.2.2 Fobia Specifica

Ansia marcata, irragionevole ed inspiegabile legata ad uno stimolo specifico, che viene pertanto evitato dal soggetto.

Tipi di fobie specifiche:

- Animali (es: ragni)
- Procedure mediche (es: iniezioni, analisi del sangue, dentista)
- Eventi atmosferici (es: temporali, cicloni, etc)
- Luoghi (es: altezze, posti da cui è difficile fuggire)
- Situazioni sociali (sproporzione, no abitudine)

6.1.2.4 Fobia Sociale

Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali in cui la persona è esposta a persone non familiari e al giudizio degli altri. L'individuo teme di agire in modo imbarazzante.

La situazione sociale temuta provoca invariabilmente ansia, nonostante la persona sia consapevole che la

propria paura è eccessiva ed irragionevole, e viene tendenzialmente evitata o vissuta con intenso disagio, con alterazioni del funzionamento del soggetto.

6.1.3 Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG)

Ansia generalizzata: stato d'ansia persistente che si caratterizza per un'attesa apprensiva, eccessiva ed irrealistica con marcate preoccupazioni per svariate circostanze esistenziali ed anticipazione pessimistica di eventi negativi. Il soggetto non riesce a controllare tale stato di costante attesa apprensiva.

Il quadro clinico si caratterizza per la presenza di:

- Sonno disturbato (insonnia precoce e centrale, che non concede il riposo)
- Tensione muscolare, tremori, impossibilità di rimanere "fermi"
- Iperattività autonomica (sudorazione, tachicardia, dolore epigastrico)

Esempio clinico

Da qualche settimana, Anna lamentava di sentirsi tesa, irritabile ed apprensiva. Si svegliava ogni mattina con la sensazione che stesse per accadere qualcosa di terribile. Questo timore si protraeva per tutta la mattina, accompagnato da sensazioni corporee come tremori, nausea, palpitazioni e dispnea. Si sforzava di capire la fonte della sua preoccupazione, senza trovarla. Ciò le determinava ulteriore disagio.

Distingueva chiaramente quest'ansia quotidiana dalla paura che aveva provato in altre occasioni, come quando si

era imbattuta in un serpente in campagna. La reazione era stata improvvisa, intensa e focalizzata, ma era diminuita rapidamente quando il serpente era scomparso. Aveva avuto sensazioni corporee, una rapida accelerazione del battito cardiaco, tremore e sudorazione. Ma aveva riconosciuto la fonte della minaccia e il disagio era passato in breve tempo.

6.1.4 Disturbo d'ansia correlato a Condizione Medica Generale o sostanze

Talvolta l'ansia può esser un sintomo di altre condizioni mediche generali o dell'intossicazione acuta o astinenza da sostanze. Può esser molto pericoloso non saper riconoscere e distinguere un disturbo o sintomo ansioso da un sintomo che può simulare una condizione ansiosa ma in realtà rappresenta un campanello d'allarme di altre situazioni mediche, sulle quali bisogna intervenire tempestivamente.

Tab. n. 6: Condizioni Mediche Generali o correlate ad uso di sostanze che possono simulare uno stato ansioso

Tireotossicosi
Malattia delle paratiroidi
Ipoglicemia
Feocromocitoma, sindrome carcinoide
Aritmie cardiache
Malattia della valvola mitrale
Anemia

Astinenza da alcool o droghe
Eccessivo uso di caffeina
Uso di psicostimolanti

6.1.5 Gestione del Paziente Ansioso

Il paziente ansioso deve sentirsi accolto e compreso.

Lo staff medico e, soprattutto, infermieristico, dovrà quindi predisporsi pazientemente ad un ascolto attento atto a contenere l'apprensione del paziente ansioso, senza sminuire il suo disagio (sarebbe infatti controproducente).

E' fondamentale però porre dei giusti limiti alle eventuali numerose richieste (ad esempio farmaci, ascolto, chiarimenti, oggetti etc.) avanzate dal soggetto, con educazione e fermezza.

E' utile esprimersi brevemente ma con chiarezza, utilizzare frasi corte, non fornire troppi consigli né tantomeno troppi ordini: rischieremmo di mandare in confusione il nostro paziente aumentando la sua ansia.

6.1.6 Cenni di trattamento

Fino a tempi recenti la risposta terapeutica ai disturbi d'ansia era la prescrizione di benzodiazepine. In alternativa a questi farmaci, che danno tolleranza e dipendenza (vedi capitolo su Abusi), come alternativa sono consigliati gli antidepressivi e i trattamenti psicoterapeutici, soprattutto la terapia cognitivo-comportamentale per DAP e DAG.

Le Benzodiazepine comprendono farmaci (tranquillanti ed ipnotici) efficaci nel trattamento dei disturbi d'ansia. Questi farmaci, di solito, hanno effetto nel breve termine

ma assai meno nel lungo termine; talvolta, come conseguenza del loro uso si può avere un peggioramento della sintomatologia (il cosiddetto effetto rebound) e lo svilupparsi di una certa dipendenza. Anche in considerazione di questi effetti, gli ansiolitici dovrebbero essere prescritti soltanto nei casi di ansia o insonnia grave e comunque per periodi brevi.

6.2 I Disturbi dello Spettro Ossessivo-Compulsivo

Questa sezione diagnostica è stata creata nella nuova versione del DSM per sottolineare le comunanze cliniche e diagnostiche dei disturbi che ne fanno parte, precedentemente classificati fra i Disturbi D'ansia (Disturbo Ossessivo Compulsivo) o fra i Disturbi Somatoformi (Disturbo da Dismorfismo Corporeo) o non presenti come entità diagnostica a sé stante (come ad esempio il Disturbo da Accumulo patologico).

E' pertanto certamente utile schematizzarli nella Tab. n. 6 riportata di seguito, che ne elenca le definizioni.

Tab. N. 7 Disturbi Ossessivo Compulsivi (OCD) - tratta da DSM V

1. Disturbo Ossessivo-Compulsivo
2. Disturbo da Dismorfismo Corporeo
3. Disturbo da Accumulo
4. Tricotillomania (Tirarsi i capelli)

5. Disturbo da Escoriazione (sulla pelle)
6. OCD indotto da sostanze o farmaci.
7. OCD indotto da patologie mediche
8. Altri o non specificati OCD

6.2.1 Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

Nel DOC si rileva la presenza di Ossessioni e\o Compulsioni che il soggetto critica e vive come assurde ed "ingombranti" (egodistoniche) ma alle quali non riesce a sottrarsi.

Ossessioni:

- Pensieri, impulsi, immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, almeno in qualche momento del disturbo, come intrusive ed inappropriate, e generanti intensa ansia e disagio
- Si differenziano dalle semplici preoccupazioni per la vita quotidiana
- Il paziente tenta di sopprimerle o neutralizzarle con altri pensieri\azioni
- Il soggetto le riconosce come prodotto della propria mente

Compulsioni:

Comportamenti ripetitivi (ad esempio lavarsi le mani, riordinare, pulire, etc) o azioni mentali (ad esempio pregare, contare, etc) che la persona si sente costretta a mettere in atto in risposta ad un'ossessione o a determinate regole\norme morali

Tali comportamenti o azioni mentali sono volti a ridurre il disagio o a prevenire eventi o situazioni temuti e non sono correlati realisticamente con ciò che si prefiggono di ridurre o prevenire, oppure sono

evidentemente eccessivi (ad esempio continuare a pulire più e più volte al giorno, un pavimento già splendente, oppure spegnere ed accendere un tot di volte la luce per evitare che accada qualcosa di molto grave).

La gravità del disturbo dipende da quanto ossessioni e compulsioni occupano in termini di tempo e causano disagio psicologico, e, quindi, dall'alterazione globale del funzionamento del soggetto.

Esempio clinico

Anna, coniugata, anni 35

"Ogni giorno quando mio marito rientra dal lavoro, lo costringo a svestirsi completamente nell'ingresso per paura che i suoi vestiti possano essere contaminati. Nonostante questo, il pensiero dei germi continua a tormentarmi e sono costretta a lavare e rilavare qualsiasi cosa mio marito abbia toccato".

6.2.2 Disturbo da Dismorfismo Corporeo

Questo Disturbo si basa sulla presenza di una intensa preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico della persona. Tale difetto può non esser visibile o, se presente, esser rappresentato da una piccola anomalia, rispetto alla quale l'importanza attribuita dalla persona è di gran lunga eccessiva

Tale preoccupazione causa disagio clinicamente significativo e non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (l'insoddisfazione riguardante le misure e la forma del corpo dell'anoressia nervosa)

Frequentemente il difetto è localizzato nel viso.

Il paziente attribuisce a questo presunto difetto la causa di ogni insuccesso (reprimendo i reali conflitti, che vengono così proiettati o simbolizzati nel disturbo), per cui frequentemente (nel 75% dei casi) ricorre alla chirurgia estetica.

L'esordio è spesso rintracciabile in adolescenza, il decorso è cronico. Il rischio di condotte autolesive è molto alto.

Il trattamento può basarsi su antidepressivi che possono attenuare la ripetitività, l'intrusività e la ricorrenza ossessiva della preoccupazione.

6.2.3 Disturbo da Accumulo Patologico

La Sindrome da Accumulo o "*hoarding"* (dal termine anglosassone *to hoard*, che significa appunto "accumulare", "ammassare") o anche disposofobia (letteralmente: paura di mettere in ordine), è un disturbo caratterizzato dal bisogno ossessivo di accumulare una notevole quantità di oggetti o animali, spesso non utili o utilizzabili, e dall'incapacità di disfarsene.

L'accumulo compulsivo, a seconda della sua entità, provoca una più o meno grave limitazione dello svolgimento delle attività quotidiane: la persona affetta da questo disturbo può infatti faticare a muoversi in casa, cucinare, dormire, o lavarsi. L'accumulo può avvenire nell'abitazione, in ufficio o nell'automobile e riguardare specifiche categorie di oggetti.

In presenza di accumulo di grado severo può aumentare il rischio di insorgenza di malattie (per via della scarsa igiene), incendi, infestazioni, fratture o ferite, provocate dall'ingombro costituito dagli oggetti accumulati.

In passato questa categoria diagnostica era inclusa nel Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC): nel tempo e grazie a diverse ricerche cliniche effettuate sono state evidenziate numerose e sostanziali differenze fra le due entità cliniche, al punto da pensare di distinguerle in due diagnosi diverse.

La prevalenza del disturbo da accumulo è più alta nella popolazione generale rispetto al DOC: infatti molti accumulatori non manifestano altri sintomi ossessivi.

Inoltre, il disturbo d'accumulo sembrerebbe rispondere meno del disturbo ossessivo compulsivo ai farmaci serotoninergici ed al trattamento cognitivo comportamentale (CBT).

La CBT specifica per Hoarding è mirata all'individuazione delle credenze di fondo che portano il soggetto al comportamento di accumulo, allo sviluppo di abilità e competenze organizzative e sociali, ed all'apprendimento di tecniche di rilassamento e di controllo degli impulsi.

Capitolo 7
Disturbi da sintomi somatici

Una percentuale variabile fra il 10% al 35% dei pazienti che giungono all'attenzione del Medico di Medicina Generale presenta sintomi fisici vaghi quali fatica, senso di debolezza alle gambe, cefalea, acufeni, mal di stomaco e molti altri, per i quali non è rintracciabile una causa organica precisa o, qualora presente, non è proporzionabile alla sintomatologia lamentata dal paziente.

In questi casi si parla di "sintomi medici inspiegabili" o più comunemente di sintomi funzionali.

I sintomi medici inspiegabili possono trovare tre collocazioni diagnostiche:

- Sindromi somatiche funzionali
- Componente somatica della sintomatologia di altri disturbi psichiatrici
- Disturbi somatoformi

Le *sindromi somatiche funzionali* comprendono una serie di sintomi medici inspiegabili che possono colpire diversi sistemi ed apparati e riguardare dunque numerose branche mediche. Alcuni esempi: cefalea tensionale, dolore toracico atipico, dispepsia, sindrome dell'intestino irritabile, dolore cronico pelvico, fibromialgia, sindrome da fatica cronica, etc.

Molti disturbi psichiatrici includono sintomi somatici che possono manifestarsi in misura più o meno preponderante sul piano clinico. Ad esempio i sintomi somatici della depressione e dell'ansia (a carico degli apparati cardiovascolare, respiratorio, muscolo-scheletrico, gastro-intestinale, genito-urinario).

I disturbi trattati in questo capitolo sono caratterizzati da sintomi fisici alla base dei quali non è possibile identificare alterazioni somatiche e che non sono riconducibili ad alcun meccanismo fisiopatologico conosciuto. Sono da considerarsi disturbi psichiatrici in quanto i sintomi fisici si associano a disagio psicologico ed a manifestazioni affettive e cognitive

I sintomi fisici non sono prodotti intenzionalmente dal paziente (come nei disturbi fittizi), che non è in grado di controllarli volontariamente.

Tab n.8 Disturbi da Sintomi Somatici nel DSM V

Disturbo da sintomi somatici
Disturbo da Ansia per Malattie
Disturbo di Conversione

Ipotesi eziopatogenetiche

Alla base dell'origine di questo pattern di disturbi psichici risiedono tre ordini di fattori: biologici, psicologici e socio-culturali.

Esistono senza dubbio delle *componenti genetiche* che determinano una più bassa soglia di attivazione per stimoli sensoriali, ovvero che rendono, in altre parole, più sensibile la persona agli stimoli dolorosi.

I pazienti che soffrono di disturbi somatoformi sono inoltre accomunati da un particolare **stile comunicativo definito "alessitimico"** composto dal greco [a]=negazione + [legein]=dire + [tymos]=emozione: "non dire le emozioni". Questo termine è stato coniato dallo psicanalista Peter Sifneos nel 1973 e si riferisce ad un'incapacità nel tradurre le proprie emozioni in parole.

Frequenti possono essere esperienze traumatiche precoci, come abusi o stili educativi disfunzionali, che alterano l'esperienza che il soggetto fa di se stesso e del proprio corpo.

A *livello socio-culturale* più colpite sono le **classi sociali medio-basse** che più difficilmente riconoscono una pari dignità fra sintomo psicologico e sintomo somatico. L'alta prevalenza dei sintomi somatici inspiegabili in generale e dei disturbi somatoformi in particolare può essere rintracciata, almeno in parte, nel sostanziale privilegio del sintomo somatico (considerato più dignitoso ed accettabile) rispetto al sintomo psicologico (portatore di una maggiore ammissione di vulnerabilità). Goldberg parlava di "*somatic ticket*" riferendosi appunto al privilegio che tutti noi operatori sanitari attribuiamo al sintomo somatico.

Tuttavia l'espressione del disagio psicologico attraverso il corpo non è un processo correlabile unicamente al nostro momento storico, ma rintracciabile già molti decenni fa. Alla fine del 1800 Charcot,

psicopatologo francese, parlava nelle sue lezioni di “isteria” riferendosi a dei particolari “attacchi” definiti appunto “isterici” che colpivano le donne e che si manifestavano con svenimenti e sintomi somatici.

Nell’antica Grecia si credeva che, in alcuni soggetti femminili, l’utero si gonfiasse come un palloncino, si allontanasse dalla propria sede anatomica e galleggiando nelle cavità interne dell’ organismo sfiorasse i vari sistemi ed apparati provocando numerosi malesseri somatici.

Nelle odierne classificazioni l’Isteria trova tre possibili collocazioni:

1. disturbi somatoformi;
2. il disturbo di personalità di tipo istrionico: si caratterizza per l’espressione di una emotività eccessiva con particolare ricerca dell’attenzione altrui;
3. i disturbi dissociativi: la dissociazione vede la sconnessione di funzioni normalmente integrate della coscienza, dell’affettività, della memoria, dell’identità o della percezione dell’ambiente.

7.1 Disturbo da sintomi somatici

7.1.1 Clinica e diagnosi

Il paziente riferisce al Medico sintomi soggettivi non verificabili (come ad esempio le parestesie) oppure aspecifici e di scarso valore diagnostico (ad esempio vertigini, nausea, stanchezza, dolore, palpitazioni), descrivendoli come sgradevoli, intollerabili, insopportabili (spesso il disagio espresso dal soggetto sarà

evidentemente eccessivo rispetto all'eventuale causa medica alla base del disturbo).

Infatti alcuni sintomi possono anche essere verificabili ma sproporzionati rispetto alla lamentela riportata dal paziente e vissuti in modo patologico (come alcuni casi di ematuria).

La descrizione che il soggetto affetto da disturbo di somatizzazione fa dei suoi sintomi sarà tipicamente vaga, imprecisa, disorganizzata, disordinata da punto di vista cronologico, ricca di dettagli insignificanti: spesso questi pazienti non riescono a sostenere un' inchiesta medica accurata e puntuale ma esibiscono una cartella clinica infinita, conservata con cura e presentata con orgoglio.

La persona con questo disturbo tenderà a modificare i propri comportamenti in relazione ai sintomi somatici, limitando così il proprio funzionamento quotidiano.

La durata del disturbo è di almeno 6 mesi.

Nel riconoscimento diagnostico è fondamentale in prima battuta escludere qualsiasi tipo di reale patologia organica: anche un paziente con disturbo di somatizzazione può ammmalarsi!

Possiamo distinguere le forme cliniche con prevalenza del sintomo dolore (in passato denominate "Disturbo Algico"), le forme persistenti (senza periodi di interruzione dei sintomi), lievi, moderate, o gravi.

7.1.2 Decorso e Trattamento

Il **decorso** tende ad esser cronico: nella maggior parte dei casi la malattia dura per tutta la vita. Alcuni casi,

specialmente quelli con pochi sintomi, possono conoscere fasi di relativo benessere.

Il **Trattamento** si fonda sugli interventi psicologici (supportivi e psicoterapici strutturati di matrice psicodinamica) che mirano ad esplorare le emozioni che il paziente non riesce a verbalizzare rivolgendo così la propria rabbia verso se stesso. Secondo alcune teorie psicodinamiche, alla base della genesi dei sintomi somatici ci sarebbero infatti conflitti, impulsi e desideri non espressi, negati e rimossi dal soggetto.

E' meglio evitare in questi pazienti l'impiego di psicofarmaci che spesso non ottengono risposte cliniche ma vedono un'esasperazione intensissima degli effetti collaterali con conseguente peggioramento del quadro clinico generale.

Le linee guida NICE (National Institute for Clinical Excellence) consigliano di gestire il paziente con disturbo di somatizzazione prima di tutto fornendogli un unico riferimento medico-sanitario. Sarà quindi il medico curante (preferibilmente il Medico di Medicina Generale) a programmare visite mensili, esami obiettivi regolari per esplorare ed indagare i sintomi somatici nuovi (evitando esami strumentali se non necessari), cercando, nel tempo, di rendere consapevole il paziente del carattere psicologico dei suoi sintomi. Uno degli obiettivi sarà anche quello di condurre il soggetto verso la scelta di rivolgersi allo Psichiatra.

Una psicoterapia farà risparmiare al paziente circa il 50% delle spese sanitarie.

Caso clinico di Disturbo da Sintomi Somatici con prevalente Dolore

Nadia, 40 anni, originaria dell'Europa dell'Est, sposata con un figlio, ha lavorato in un negozio di arredamenti ma da qualche anno ha smesso, inviata dal medico curante

- Anamnesi medica: linfoma trattata con successo, cistite da raggi
- Anamnesi psichiatrica: negativa

Ormai da alcuni anni, in seguito alle cure per il tumore, ha sviluppato una importante sintomatologia algica in sede addominale e lombare

Appare polarizzata sul dolore che descrive in maniera indefinita (sede, qualità), quando sta male (praticamente 1 giorno su 2) non riesce ad alzarsi dal letto, sintomi ansiosi (ansia anticipatoria), recentemente è stata al mare con un amica ed è stata meglio

Ha effettuato numerose visite presso specialisti urologi, neurologi, ortopedici, fisiatri con conseguenti esami non dirimenti e farmacoterapie inefficaci

E' presente abuso di analgesici (FANS, tramadolo) e di benzodiazepine, ha utilizzato in maniera discontinua praticamente tutti gli antidepressivi e qualche stabilizzatore

Racconta angosciata del periodo successivo alla radioterapia (comparsa del dolore, incontinenza) e dei numerosi specialisti cui ha ricorso….

Conflitti con il marito ?

7.2 Disturbo da Ansia per Malattie

Questa condizione si caratterizza per la presente di un rilevante livello di ansia e di apprensione rispetto al timore

di avere o poter contrarre una malattia grave. I sintomi somatici possono anche non esserci, e , se presenti, non sono eccessivamente disturbanti. In certi casi il soggetto può essere affetto da una o più patologie mediche o può davvero presentare il rischio di contrarre una malattia, ma in tutti i casi, la paura espressa è sproporzionata rispetto alla realtà.

Questa paura giunge a condizionare il comportamento della persona che può richiedere continui esami ed accertamenti o evitarli. Esistono dunque due forme:

- tipologia "care-seeking": il paziente richiede spesso esami, visite e accertamenti
- tipologia "care-avoidant": rari esami e visite.

E' ovviamente fondamentale escludere condizioni mediche generali concomitanti.

7.3 Disturbo di Conversione

Secondo il DSM V questa condizione psicopatologica è basata sulla presenza di uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale, che causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o altre aree importanti, o richiede attenzione medica.

Qualche fattore psicologico può essere associato col sintomo o col deficit (occorre dunque indagare se l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit sia stato preceduto da qualche conflitto o altro tipo di fattore stressante).

Il soggetto può dunque manifestare un'improvvisa e temporanea perdita di funzioni senso-motorie, irrispettosa della distribuzione anatomica delle vie nervose, di tipo sensitivo (disestesia, anestesia, analgesia diplopia, cecità, sordità), motorio (paralisi, atonia, disfagia, afonia), o pseudoneurologico (vertigini, disturbi dell'equilibrio, crisi epilettiche, perdite di coscienza).

In primis occorre escludere con certezza cause organiche.

Il disturbo può tipicamente avere due modalità di presentazione dei sintomi:

a. Il soggetto manifesta i disturbi con teatralità e drammaticità
b. Il disturbo è manifestato in totale assenza di apprensione, la cosiddetta "belle indifference"

Nella vicenda personale del paziente possono esser rintracciati fattori psicologici rilevanti, quali lutti, conflitti importanti, cambiamenti non elaborati, che il soggetto nega ottenendo due tipi di vantaggi, spesso non consapevoli, che rinforzano il circuito patologico:

Vantaggio primario: mantiene i conflitti inconsapevoli, conferendo al sintomo un valore simbolico;

Vantaggio secondario: ottiene facilitazioni concrete dalla propria malattia (giustificazioni da doveri, assistenza, maggior supporto).

Il **Decorso** è imprevedibile: la durata può esser breve ma può ripresentarsi anche dopo anni.

Il **Trattamento** può non rendersi necessario nei frequenti casi di risoluzione spontanea. Utile può essere

una terapia psicologica supportiva, di tipo cognitivo comportamentale o introspettiva.

Terapia di elezione è la **psicoanalisi** che mira ad individuare ed affrontare i conflitti intrapsichici ed i simbolismi della conversione, insegnando al paziente ad accettare stimoli ed impulsi negati.

Caso clinico

Una casalinga di 46 anni, in buona salute fisica, fu inviata dallo psichiatra del marito per un consulto.

Discutendo di alcuni conflitti coniugali, il marito aveva descritto “attacchi” di capogiro che sua moglie gli riferiva e che la lasciavano piuttosto inabile.

Al consulto, la moglie descrisse di essere sopraffatta da sensazioni di estremo capogiro, accompagnate da leggera nausea, per 4 o 5 notti alla settimana. Durante questi attacchi, la stanza intorno a lei sembrava “scintillante”, ed aveva la sensazione di stare “galleggiando” e di essere incapace di mantenere l’equilibrio. Inspiegabilmente, gli attacchi quasi sempre si manifestavano verso le 4 del pomeriggio. La paziente descrisse suo marito come un tiranno, esigente e verbalmente aggressivo nei confronti suoi e dei loro quattro bambini. Ammise di avere terrore del suo arrivo a casa dal lavoro ogni giorno, sapendo che avrebbe commentato che la casa era in disordine e che la cena, se preparata, non era di suo gusto.

Recentemente, dall’esordio dei suoi attacchi, quando era incapace di preparare la cena, lui e i quattro bambini andavano da McDonald o in pizzeria,e poi rientrati a casa, il marito si distendeva a letto a guardare una partita alla televisione e la loro conversazione era minima. Nonostante i loro guai, la paziente affermava di amare e di aver moltissimo bisogno di suo marito.

7.4 I disturbi fittizi

E' importante saper distinguere quadri clinici compatibili con disturbi da sintomi somatici da altre condizioni di simulazione o "finzione" di malattia.

I **disturbi fittizi** sono condizioni in cui il paziente simula o produce sintomi e segni clinici, talvolta faticosamente, distinguibili dalle malattie simulate ma differenti anche dall'ipocondria o dalla non compliance. Molti romanzi ci forniscono esempi di simulazioni di malesseri: ad esempio nei "Fratelli Karamazov" di Dostoevskij, il malvagio Smeriakov mette in scena crisi epilettiche per giustificare i suoi impulsi omicidi.

La patologia fittizia prende comunemente il nome di sindrome di Munchausen.

Il termine di sindrome di Munchausen fu utilizzato per la prima volta nel 1951 sulla rivista Lancet per indicare alcune specifiche condizioni caratterizzate da ripetuti ricoveri ospedalieri per episodi apparentemente acuti, di cui il paziente riferisce una storia e una causa plausibile, ma che poi si rivelano tutte false.

Le patologie fittizie sembrano più frequenti di quanto si pensi ed è stato calcolato che più del 5% dei contatti tra medico e paziente avvengano per tali motivi. Spesso le indagini di laboratorio sono le uniche che possono chiarire l'equivoco, perché talmente discordanti che il sospetto di trovarsi di fronte a una finzione è ciò che permette la soluzione del dubbio.

Le patologie fittizie hanno alcune caratteristiche comuni:

- sono difficili da sospettare e diagnosticare;

- vengono solitamente individuate nel tentativo di escludere la malattia che è simulata;
- causano spreco economico per indagini diagnostiche, visite mediche, consulenze specialistiche, lunghezza delle procedure;
- i pazienti sembrano essere resistenti a sottoporsi a terapia psichiatrica che comunque raramente migliora il quadro;
- i pazienti inducono sentimenti di indignazione, irritazione e disistima nei curanti;
- le persone affette coinvolgono spesso i familiari, il personale sanitario (medico di famiglia, specialisti, laboratoristi, anatomopatologi e infermiere) e assistenti sociali;
- talvolta la patologia fittizia può essere provocata sul paziente da altre persone, solitamente dalla madre su un figlio (sindrome di Munchausen): sono state descritte diarree da somministrazione di lassativi, pseudoematurie (spesso al momento del ciclo mestruale materno), pseudoinfezioni delle vie urinarie da introduzione di pus nelle urine, pseudoglicosurie o anche ipoglicemie da iniezione di insulina, ipernatriemie da apporto abnorme di sale e molte altre alterazioni.

Capitolo 8
I Disturbi del Comportamento Alimentare

Nella cultura occidentale le prime descrizioni cliniche di anomalie dell'alimentazione risalgono a più di 2000 anni fa. Alcune Sante cristiane avevano un comportamento simile alle anoressiche.

Anche gli attacchi di fame e di voracità insaziabile sono presenti nella letteratura greca ed ebraica.

Potremmo descrivere come disturbi dell'alimentazione un disturbo psichico caratterizzato da due ordini di fattori:

- marcata distorsione delle abitudini alimentari o presenza di un comportamento anomalo finalizzato al controllo del peso
- sovrastima di immagine, forma e peso corporei

I più rilevanti sono Anoressia e Bulimia Nervosa.

Epidemiologia

I DCA sono aumentati negli ultimi 20 anni nelle donne tra i 15 e i 25 anni.

Sono prevalenti nei paesi sviluppati e industrializzati, mentre sono poco comuni al di fuori del mondo occidentale e nelle regioni meno ricche.

8.1 Anoressia Nervosa (AN)

8.1.1 Clinica e Diagnosi

L'AN è caratterizzata dalla costante ed intensa paura di ingrassare, anche quando si è evidentemente sotto peso. Dunque corrisponde ad un rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura (al di sotto dell'85%) accanto al netto rifiuto di ammettere la gravità della condizione di sottopeso.

E' presente un'alterazione del modo in cui il soggetto percepisce le proprie forme corporee, che influenzano eccessivamente i livelli di autostima.

Ci sono due forme cliniche:

- <u>sottotipo restrittivo</u>: la perdita di peso è ottenuta soprattutto con dieta, digiuno o attività fisica eccessiva
- <u>sottotipo con abbuffate o condotte di eliminazione</u>

Che cos'è un'abbuffata?

- mangiare in un definito periodo di tempo (es. 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone nelle stesse condizioni mangerebbe in quello stesso tempo
- durante l'abbuffata si ha la sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si mangia)

Cosa si intende per condotte di eliminazione?

Il soggetto può autoindursi il vomito o usare in maniera inappropriata lassativi, diuretici, enteroclismi per compensare eventuali abbuffate o periodi di interruzione del ridotto introito calorico\diguno.

La restrizione alimentare riguarda prevalentemente i cibi ricchi di lipidi e i carboidrati, che vengono eliminati progressivamente dalla dieta e sostituiti con frutta, verdura, alimenti ricchi in fibre e integratori vitaminici, nella convinzione di voler dimagrire mantenendosi in buone condizioni di salute.

Spesso le pazienti iniziano a controllare e a sovraintendere chi cucina per la paura che ci siano eccessivi condimenti o che non vengano rispettate le quantità prescritte e rapidamente arrivano a rifiutare qualsiasi cosa che non sia preparata da loro stesse.

Il pasto comincia a diventare motivo di ansia e iniziano a procrastinare il momento di sedersi a tavola fino a sovvertire completamente l'orario dei pasti.

Se costretti a mangiare questi pazienti tipicamente riducono il cibo in elementi piccolissimi e li sparpagliano nel piatto, giocherellandoci anche per ore.

Alla restrizione alimentare viene spesso associata attività fisica aerobica di cui iniziano ad incrementare frequenza e durata, assumendo caratteristiche compulsive.

Tale meccanismo origina i concetto di "credito" e "debito", ovvero:

credito = ad una determinata attività fisica corrisponde la possibilità di concedersi del cibo

debito = ad un'intemperanza alimentare deve corrispondere una determinata quantità di esercizio

L'esercizio fisico è motivato a volte più che dal desiderio di dimagrire, dalla sensazione di essere "flaccide" e di dover rassodare i muscoli.

Le pazienti con anoressia nervosa hanno un **aspetto** emaciato, la cute secca, manifestano un'ipersensibilità al freddo e sintomi gastrointestinali come stitichezza, gonfiore e ripienezza post-prandiale. Inoltre spesso hanno uno scarso desiderio sessuale e raramente sono fertili (irregolarità importanti del ciclo mestruale, di frequente amenorrea).

Segni clinici distintivi del vomito autoindotto sono la *perimilolisi* (erosione della superficie interna dei denti) ed il *segno di Russel* (formazione callosa sul dorso della mano – vedi capitolo 2, anamnesi, aspetto generale).

8.1.2 Eziologia, Decorso e Trattamento

Eziologia - Nella cultura occidentale il problema del peso corporeo ha ricevuto un attenzione progressivamente crescente, originando standard culturali di equivalenza fra magrezza e successo, competenza, autocontrollo e attrazione sessuale.

Lo stare a dieta è uno dei fattori precipitanti dei DCA: sia AN che BN sono preceduti da un tentativo apparentemente normale di perdere peso.

Oltre ad una forte componente genetica, sono fondamentali i fattori psicologici. Le persone che sviluppano una Anoressia Nervosa possono frequentemente presentare un complicato rapporto con la madre, con difficoltà importanti nel processo di "separazione" dai genitori.

L'**esordio** dell'episodio può essere improvviso oppure graduale. In quest'ultimo caso compaiono sintomi prodromici quali labilità emotiva, astenia, insonnia, cefalea, ridotto interesse sessuale, scarso appetito, difficoltà di concentrazione, diminuzione di interesse nelle normali attività.

Anche la risoluzione può essere brusca e graduale. E' brusca soprattutto nei casi in cui i sintomi alimentari si manifestano nell'ambito di disturbi bipolari.

Il Decorso è variabile. Talvolta si auto-limita, in altri casi i disturbi diventano persistenti, intrattabili e senza remittenza.

Circa 1\3 delle pazienti vanno incontro a cronicizzazione: la mortalità per questo disturbo si aggira intorno al 18%. Le pazienti più gravi possono ricorrere al suicidio o presentare numerose complicanze mediche generali: alterazioni dell'ematopoiesi (leucopenia, linfocitosi), osteoporosi, alterazioni idroelettrolitiche e alcalosi metabolica (indotte da vomito autoindotto e da uso inappropriato di lassativi e diuretici), che possono indurre turbe del ritmo cardiaco potenzialmente letali, alterazioni morfologiche cerebrali (aumento volume ventricoli cerebrali e pseudoatrofia), alterazioni valori ormonali, ipoglicemia, ipercolesterolemia.

Il **Trattamento** dell'AN si fonda principalmente sulla psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale. Lo scopo è aiutare il paziente a capire di aver bisogno di aiuto, mantenendo nel tempo la motivazione a guarire e ripristinando il peso corporeo, attraverso una correzione della distorsione dell'immagine corporea. E' utile associare una terapia familiare all'intervento psicologico individuale se il paziente è minorenne.

I farmaci hanno un ruolo del tutto marginale. Possono essere utilizzati dosaggi moderati di antipsicotici in casi selezionati.

Il provvedimento del ricovero ospedaliero diventa inevitabile in presenza di un'ideazione suicidaria, di condotte di eliminazione molto frequenti e quando il peso è inferiore al 75% del peso corporeo normale (alto rischio di complicanze mediche generali).

Un caso clinico di A.N."cronicizzata"

D. è una donna di 46 anni che da 30 soffre di anoressia nervosa. Il suo problema con il cibo è iniziato all'età di 16 anni quando, pur non avendone bisogno, decise di intraprendere una dieta "per fare compagnia" ad un'amica che doveva perdere alcuni chili. Da quel momento in poi ha continuato a dimagrire incessantemente sino a raggiungere il peso di 29 kg. La sua vita è stata caratterizzata da ricoveri ospedalieri e percorsi in comunità terapeutiche residenziali: ogni trattamento le ha fatto recuperare un peso "normale" che ha, una volta dimessa, sempre perso.

Proviene da una famiglia composta dai genitori e da tre figlie femmine, di cui lei è la più piccola. Racconta di avere avuto un'infanzia "da principessa" in cui però si potevano già individuare i prodromi della malattia. Nella sua famiglia

l'auto-controllo, le regole e la precisione erano valori molto importanti e D. li ha fatti propri.

È stata sempre una bambina “buona, educata e brava” e già all’età di 5 anni aiutava sua madre nelle faccende domestiche. Ad 8 anni si occupava di tutto perché sua mamma lavorava tutto il giorno.

Non ha mai dato nessun tipo di problema ai genitori, è stata una “figlia perfetta”.

A 18 anni la paziente incontra il ragazzo che sarebbe diventato suo marito. Ricorda che sua madre lo invitò a casa per dissuaderlo a stare con lei, dicendogli: “la testa non le funziona e potrà farti solo stare male”. Il ragazzo dell’epoca non si lasciò scoraggiare, la sposò e a tutt'oggi stanno ancora insieme. A causa dell'Anoressia Nervosa di D., che dai 16 anni non ha più avuto il ciclo mestruale, la coppia non ha potuto avere figli propri e ha deciso di adottare un bambino, che adesso ha 13 anni. D. e G. hanno un'attività commerciale e passano quasi tutta la gior nata insieme. Lei lo descrive come un uomo buono e paziente che le “compra tutto quello che vuole”. D. è particolarmente restia a parlare della sua sfera più privata legata ai sentimenti che prova per suo marito e alla loro vita sessuale. Quando si affrontano questi argomenti si irrigidisce e tronca immediatamente il discorso con un “tutto bene, lui è buono, mi compra quello che voglio, gli vado bene così”. Quello che si evince è che il legame della coppia non si fonda sul contatto fisico e la sessualità nella loro relazione è solo marginale. In alcuni momenti della propria vita D. si è resa disponibile ad avere rapporti sessuali con suo marito ma per la maggior parte del tempo lo ha rifiutato totalmente. Racconta di periodi di anni in cui non l'ha lasciato avvicinare perché lei non si senti va bene. G. non le ha mai fatto dei problemi per questo:“è un uomo buono, mi vuole bene”. La frequenza e il piacere legato all'attività sessuale non sono stati indagati più a fondo

perché D. ha attivato forti difese durante l'intervista clinica. L'attività sessuale sembra comunque del tutto svincolata dal concetto del piacere fisico ed eseguita saltuariamente più per dovere coniugale che per altro.

Abitualmente si corica verso le 2:00 di notte e la sua giornata inizia alle 4:30. Ha un rigido programma settimanale di attività legate alla pulizia della casa. Oltre ad alcune attività che deve svolgere ogni giorno (spolverare tutte le mensole e i mobili, passare l'aspirapolvere e dare lo straccio ovunque), ci sono una serie di "grandi pulizie" che ogni settimana deve fare. Lei colleziona moltissimi oggetti (bambole, tazzine da the, piattini da muro, fate, etc), che deve pulire attentamente. Per le 8, quando si svegliano il marito ed il figlio, ha già praticamente pulito tutto ed è pronta per andare a lavorare nella propria attività commerciale dove, oltre a servire i clienti, si occupa nuovamente della pulizia. La sera cucina, sistema e poi finisce i suoi rituali di pulizia fino a che intorno alle 2:00 non va a coricarsi per un paio d'ore prima di iniziare da capo.

Ultimamente, pur continuando a compiere tutte queste attività si sente molto stanca, è irritabile e soggetta a forti sbalzi d'umore e tende ad abusare di tranquillanti (perlopiù benzodiazepine, anche 2 o 3 boccette intere di delorazepam al giorno) non riuscendo comunque a dormire neanche per le poche ore abituali.

Negli ultimi anni non assumeva alcuna terapia farmacologica e si nutriva praticamente solo di frutta e yogurt (anche 1kg e ½ al giorno).All'apparenza D. ha un corpo scheletrico e mostra le sue gambe dicendo "Io i muscoli non ce li ho più, ho solo le ossa". Porta in testa sempre un foulard ed indossa un pigiama rosa a cuoricini con sopra l'immagine di un cartone animato molto in voga tra le adolescenti. Osservando più attentamente ci si rende conto che anche la borsa, il portafogli, il beauty case, le

ciabatte e il portacellulare appartengono allo stesso mondo adolescenziale caratterizzato dal colore rosa e dai cuori. Sul letto, oltre alle coperte ordinarie, ha un piumone ed alcune maglie di lana poiché prova una costante sensazione di freddo.

Lo stato di cachessia attuale è avanzato ma nonostante ciò i valori degli esami ematochimici non comportano una condizione di pericolo di vita.

Attualmente D. pesa 39 kg (per 1,68 metri d'altezza) ed è stata nuovamente ricoverata in SPDC a causa, a suo dire, di un crollo mentale.

8.2 Bulimia Nervosa

8.2.1 Clinica e Diagnosi

La caratteristica principale che distingue la Bulimia Nervosa dall'Anoressia Nervosa è costituita dal fatto che i tentativi di restrizione calorica sono costellati da episodi ripetuti di **abbuffate (almeno 1 episodio a settimana secondo il DSM V)** , in cui la quantità di cibo consumata, pur variando, tipicamente si aggira sulle 1000-2000 kcal.

Il più delle volte il soggetto mette in atto **condotte compensatorie** per "compensare" appunto l'introito calorico dell'abbuffata.

Sottotipi di B.N.

- *con Condotte di eliminazione:* nell'episodio attuale il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici enteroclismi

- *senza Condotte di eliminazione*: nell'episodio attuale il soggetto ha presentato altri comportamenti compensatori inappropriati, come DIGIUNO, esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente a vomito autoindotto etc.

La combinazione fra abbuffate e riduzione dell'introito calorico si traduce nel mantenimento di **peso corporeo generalmente non eccessivamente basso né eccessivamente alto**, determinando la sostanziale differenza rispetto l'anoressia nervosa.

Nella BN è presente una sovrastima di forma e peso corporeo, in cui il proprio valore è giudicato largamente, o addirittura esclusivamente in termini di forma e peso corporeo.

8.2.2 Eziologia, Decorso e Trattamento

Eziologia - Come per quasi tutti i disturbi psichiatrici, per spiegare le possibili cause alla base dell'origine della BN facciamo riferimento ad un **modello bio-psico-sociale.**

Esiste una **forte predisposizione genetica**: la bulimia nervosa tende a presentarsi in più componenti di una stessa famiglia (elevata aggregazione familiare).

I soggetti affetti da BN presentano anche una **predisposizione di tipo psicologico** allo sviluppo del disturbo. Esperienze traumatiche precoci, come ad esempio abusi psicologici, fisici o sessuali, specie in età infantile, possono minare il rapporto con il proprio corpo. Inoltre forme di dipendenza psicologica nei confronti delle

figure genitoriali, in particolare di quella materna, possono generare una profonda ambivalenza nella relazione con il cibo che riflette la difficile lotta individuale per la separazione (dai genitori) e l'autonomizzazione verso una vita adulta.

Fattori ambientali e culturali (standard estetici esigenti) possono giocare un ruolo non marginale nell'esacerbazione delle manifestazioni del disturbo.

Esordio - La sintomatologia della BN solitamente comincia allo stesso modo dell' anoressia. In circa il 25% dei casi, i criteri diagnostici per l' anoressia sono soddisfatti per il primo periodo di tempo.

Il **Decorso** del disturbo è solitamente più favorevole rispetto a quanto detto in merito alla AN. Circa il 50% dei pazienti va incontro a guarigione, dopo mediamente 5 anni di malattia. A peggiorare la prognosi è la presenza di una concomitante diagnosi di Disturbo di Personalità.

Le condotte alimentari patologiche possono indurre dilatazione sino, nei casi più gravi, a rottura di esofago e stomaco.

Il **Trattamento** si basa essenzialmente sulla psicoterapia di tipo cognitivo comportamentale o interpersonale. Nella terapia cognitivo-comportamentale rivolta ad una persona affetta da BN il terapeuta ha il fine di insegnare al paziente a far fronte alle proprie emozioni, senza mettere in atto abbuffate. Talvolta possono essere impiegati farmaci antidepressivi (in particolare la *fluoxetina*) o benzodiazepine.

Si può rendere necessario il **ricovero** in ambiente internistico (molto meno frequente rispetto all'AN) in caso di riduzione importante della concentrazione di alcuni elettroliti (specialmente ipo-potassiemia poichè correlata ad aritmie cardiache).

8.3 La gestione di un paziente con DCA

Il paziente con un disturbo alimentare è un paziente difficile da accogliere per la maggior parte degli operatori sanitari, che devono tuttavia mostrarsi compatti e coesi nella gestione d'equipe di eventuali richieste, alimentari e non solo, talvolta avanzate con intenzionalità manipolatorie.

Capitolo 9
I Disturbi da Sostanze e le nuove dipendenze

" SI DEFINISCE DROGA OGNI SOSTANZA , NATURALE O ARTIFICIALE , CHE MODIFICA LA PSICOLOGIA O L'ATTIVITA' MENTALE DEGLI ESSERI UMANI "

OMS 1967

9.1 Disturbi da uso di sostanze

Si parla di disturbo da uso di sostanza quando sono presenti alterazioni comportamentali, psicologiche e cognitive correlate all'assunzione più o meno continuativa di una sostanza che il soggetto continua ad assumere nonostante ricorrenti o persistenti problemi sociali o

interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.

Pertanto il soggetto potrebbe presentare incapacità ad adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa, utilizzare la sostanza anche in situazioni fisicamente rischiose, in quantità maggiori e per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto. Possono instaurarsi i fenomeni di *tolleranza* (definita dal bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato, associato alla percezione di un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza) ed *astinenza*, come manifestata:

una caratteristica sindrome di astinenza sostanza specifica

la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza

Quando sono rilevabili tolleranza e astinenza si parla di dipendenza fisica.

Il soggetto finisce per desiderare in maniera persistente di assumere la sostanza o per fallire miseramente qualsiasi tentativo di ridurne o controllarne l'uso, investendo una grande quantità di tempo nel ricercare la sostanza o nel riprendersi dai suoi effetti. Tutto questo può provocare l'interruzione o riduzione di importanti attività sociali , lavorative o ricreative.

L' uso continuativo della sostanza spesso prosegue, nonostante la consapevolezza di avere un problema, persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza stessa**.**

Si definisce *craving* il desiderio irresistibile, intrusivo di assumere una sostanza, per riesperirne i suoi effetti. Il soggetto tenderà a perdere il controllo mettendo in atto una serie di azioni tese a soddisfare il proprio desiderio. Il craving può essere frequente causa di ricaduta, anche dopo un lungo periodo di astinenza.

9.2 Sostanze da abuso

Le sostanze da abuso possono essere classificate secondo criteri:

- giuridici (legali ed illegali)
- di pericolosità (leggere e pesanti)
- di preparazione (naturali, semisintetiche e sintetiche)
- farmacologici (in base a caratteristiche farmacodinamiche e strutturali)

La classificazione delle sostanze di abuso secondo criteri farmacologici è, nella sua semplicità, la più utile ed accettata. Non risente di differenze legislative o di giudizio sociale ed è l'unica che, prendendo in considerazione le proprietà farmacodinamiche dei singoli principi attivi, ne verifica la rispondenza ai criteri di inclusione.

Distinguiamo:

- oppioidi
  - agonisti prevalentemente μ: morfina, eroina, meperidina, metadone.
  - agonisti K, parziali μ: pentazocina
  - agonisti parziali μ: buprenorfina
  - antagonisti: naloxone, naltrexone
- psicostimolanti

    - cocaina
    - amfetamine
    - alcaloidi del Khat
    - caffeina
  - deprimenti del Sistema Nervoso Centrale (SNC)
    - barbiturici
    - benzodiazepine (BDZ)
    - metaqualone
- nicotina e tabacco
- cannabinoidi
- allucinogeni
- arilcicloesamine
- inalanti
    - solventi, per uso industriale o domestico, come diluenti, colle, lacche, vernici, polish per lucidature, smacchiatori e prodotti per la pulizia. Alcuni di questi preparati possono contenere principi tossici come toluene, benzene o tricloroetilene.
    - propellenti per medicamenti o prodotti per la casa. Gli aerosol sono stati oggetto di molte attenzioni relativamente al rischio ambientale, ma non alla eventuale potenzialità tossicomanigena.
    - sostanze di uso medico come etere, protossido d'azoto, alotano.
    - nitriti organici.
- designer-drugs: molecole di sintesi, per lo più analoghi derivati di sostanze già note, prodotte illecitamente allo scopo di evitare sanzioni conseguenti a produzione, detenzione e vendita di principi attivi che rientrano nelle Tabelle delle Sostanze Controllate. Generalmente, la sintesi illecita di ogni designer-drugs è abbandonata non appena la sostanza viene registrata dagli Organismi di Controllo.

- L'Ecstasy rappresenta la più importante eccezione a questa regola. Appartengono a questo gruppo l'N-metilfeniltetraidropiridina (MPTP), l'a-metilfentanile (china-white), l'MDA, l'MDEA, l'MDMA e L'MBDB.

La Cannabis resta la sostanza psicoattiva più diffusa in Italia e in Europa, seguita dalla Cocaina. Appare in progressivo aumento il consumo di droghe sintetiche.

9.2.1 Oppioidi

Producono un sentimento di piacere intenso ma fugace. I sintomi legati all'astinenza da Oppioidi cominciano poche ore dopo l'ultima dose, raggiungono il culmine dopo due o tre giorni e scompaiono nell'arco di una settimana.

L'eroina inoltre viene talvolta fumata o sniffata.

Il cocktail di eroina e cocaina viene comunemente chiamato "speedball".

L'intossicazione da oppiacei può caratterizzarsi per la comparsa di Iniziale euforia seguita da apatia, rallentamento psicomotorio, sonnolenza, difficoltà a parlare, parola abburattata, miosi pupillare, vomito e stipsi.

L'astinenza da oppiacei (6-12 h dopo ultima dose, picco dopo 2-3 giorni, risoluzione in 7-10 giorni) può invece manifestarsi con nausea/vomito, midriasi, sudorazione profusa, diarrea, febbre ed insonnia.

Descrizione della prima crisi d'astinenza di Christiane F. in *"Noi, i ragazzi dello zoo di Berlino"*

« Avevo un freddo bestiale. Stavo guardando una scatola. Improvvisamente mi ballò sotto gli occhi la scritta della scatola. Erano i colori che brillavano di un forte

pazzesco e mi facevano male agli occhi. Era soprattutto un rosso che mi faceva paura…Adesso c'era di nuovo questo rosso aggressivo su questa dannata scatola. La mia bocca era piena di saliva. La ingoiavo ma mi tornava subito. Era come se ritornasse su. Poi la saliva scomparve e mi venne una bocca secca e appiccicosa. Tentai di bere qualcosa. Ma non funzionò. Tremavo dal freddo finché a un certo punto mi venne un gran caldo tanto che mi colava il sudore. Svegliai Detlef e gli dissi: "Mi sta succedendo qualcosa". Detlef mi guardò in faccia e disse: "Hai le pupille grosse quanto due piattini". Stette a lungo in silenzio e poi disse piano: "E così, ragazza mia, anche tu sei arrivata".

L'overdose da oppioidi.

E' una condizione altamente pericolosa per la vita. Il rischio di overdose è più elevato in casi di abuso e.v. di oppioidi. Un'overdose dovrebbe essere sospettata in ogni paziente con "pinpoint pupils" (pupille miotiche, a punta di spillo) e depressione respiratoria.

L'iniezione immediata di un antagonista degli oppioidi (Naloxone, Narcan) può salvare la vita.

9.2.2 Psicostimolanti

Sono sostanze energizzanti e socializzanti e possono essere naturali (cocaina) o di sintesi (anfetamina, metanfetamina).

Solitamente le anfetamine vengono assunte in compresse, mentre la cocaina viene più di frequente inalata, ma anche fumata o inettata e.v.

La cocaina fumata produce dipendenza fisica con "craving": lo stato di astinenza si caratterizza per depressione e letargia seguite da "craving" crescente, che può durare fino a tre mesi

L’overdose può provocare morte per infarto miocardico, ipertermia o aritmie ventricolari.

Le Anfetamine causano uno stato di iperattività, tachicardia, midriasi, e fini tremori.

Alte dosi ed utilizzo cronico possono produrre psicosi con idee paranoidi, allucinazioni ed iperattività. Può verificarsi inoltre Dipendenza fisica ed al termine di un utilizzo prolungato si possono avere profonda depressione e passività.

I rischi per la salute sono dunque frequenti e numerosi: eventi cardiaci e cerebrovascolari (è ipotizzabile che la patogenesi di tali condizioni possa esser mediata da un’intensa vasocostrizione), aritmie, miocardiopatia da uso protratto, crisi comiziali, perforazione del setto nasale.

Tra gli psicostimolanti sintetici si annovera anche la Metanfetamina (MDMA meglio nota come Ecstasy e talvolta chiamata anche MD, XTC, E, Adam, o Molly).

Gli effetti dell’assunzione dell’Ecstasy riguardano una stimolazione iniziale e transitoria del sistema nervoso centrale con euforia, senso di felicità, illusione di legami emotivi intensi con cose o persone anche sconosciute, nistagmo, mascelle digrignanti, diminuzione dell'appetito, aumento della temperatura corporea, sbalzi di pressione dovuti alla sensazione di euforia, basso livello di salivazione.

Possibili effetti indesiderati sono irrequietezza, confusione, iperriflessia, mioclono, convulsioni, midriasi, pi loerezione, panico, secchezza delle fauci, diarrea e nausea. Può esser favorita l’insorgenza di disturbi psichiatrici quali depressione, irritabilità, comportamenti impulsivi, psicosi, attacchi di panico.

Nei casi più seri possono manifestarsi rabdomiolisi con mioglobinuria, coagulazione intravascolare disseminata, ipertermia, insufficienza renale acuta, specialmente se l'MDMA viene assunta insieme ad

alcolici. In soggetti predisposti possono presentarsi severe aritmie con ipotensione fino allo shock. Sono documentati alcuni casi di disidratazione dovuti alla non percezione della stanchezza e al relativo continuo movimento con conseguenti ospedalizzazione e nei casi più gravi decesso del soggetto, solitamente quando l'MDMA è assunta insieme ad alcool.

Astinenza da psicostimolanti

Condizione caratterizzata da depressione, apatia, stanchezza, ipersonnia, aumento dell'appetito.

E' particolarmente forte nei soggetti che assumono cocaina (inizio rapido, picco dopo 2-3 giorni, poi 1 settimana).

9.2.3 Deprimenti del SNC: le Benzodiazepine.

Le benzodiazepine (BDZ) sono fra i farmaci più prescritti nel pianeta: rientrano nel gruppo delle sostanze "inibenti" e deprimenti il Sistema Nervoso Centrale, insieme agli oppiacei ed alcool.

A differenza di altre sostanze le BDZ sono legali e vengono regolarmente prescritte da parte di specialisti di varie branche mediche o dal Medico di Medicina generale, prestandosi pertanto ad una maggiore possibilità di controllo.

La persona che ne assume quantità crescenti va incontro ai fenomeni di tolleranza ed assuefazione, diventandone dipendente.

Una "Withdrawal syndrome" (sindrome astinenziale) può verificarsi dopo appena tre settimane di uso continuativo, caratterizzandosi per: aumentata ansia, ipersensibilità alla luce ed ai rumori, occasionali convulsioni, allucinazioni e confusione mentale.

A seconda dell'emivita del farmaco i sintomi iniziano da 1 a 5 giorni dopo l' ultima dose assunta, raggiungono il

culmine dopo 10 giorni e scompaiono in un periodo variabile fra 1-6 settimane.

Tale manifestazione colpisce circa un terzo di coloro che ne fanno un utilizzo abituale.

Per ridurre l'assunzione delle BDZ può essere utile passare da molecole a minore emivita a principi attivi con maggiore emivita (a minor rischio di sintomi astinenziali) e gradualmente ridurre il dosaggio (molto gradualmente!).

9.2.4 Cannabinoidi

La "Cannabis sativa var. indica", comunemente detta "canapa indiana" (contenente il principio attivo Delta-9-Tetraidrocannabinolo o THC) è una pianta che cresce in vaste aree dell'Oriente, del Nord Africa e del Nord America. Viene coltivata anche in California, in Italia (forma con basso contenuto di principio attivo). In Olanda viene coltivata e prodotta la varietà 'Nederweed' rinomata per la potenza dovuta all'alta concentrazione di THC, pertanto molto ricercata sul mercato europeo.

Le forme tradizionali in cui la sostanza viene consumata sono: Marijuana (infiorescenze, foglie seccate), in cui la percentuale del THC può variare tra lo 0.5 e il 14%, mentre si possono raggiungere concentrazioni anche maggiori nella varietà Nederweed; Hashish (resina di cannabis e fiori pressati) con concentrazioni di THC variabili dal 2 al 20%; Olio di hashish (un estratto di THC ottenuto usando solventi organici), con concentrazioni dal 15 al 50%.

La cannabis viene fumata in appositi dispositivi (chilum, narghilè) o in sigarette fatte a mano (spinelli, canne, joint) con o senza aggiunta di tabacco.

I derivati della cannabis producono una modificazione dello stato di coscienza, con euforia, rilassamento, cambiamenti nelle percezioni quali distorsione del senso del tempo e intensificazione delle normali esperienze

sensoriali, come mangiare, ascoltare musica, guardare film, fare sesso.

Possono comparire effetti cognitivi e rallentamento delle funzioni di controllo motorio e dei riflessi. E' frequente che si verifichi una disinibizione psico-comportamentale.

Accanto ai sintomi socializzanti possono manifestarsi anche reazioni sgradevoli denominate “bad trips”: il soggetto può sentirsi in ansia, terrorizzato, possono strutturarsi fobie o timori persecutori con o senza sintomi di panico.

Tali sintomi sono frequentemente transitori. Tuttavia l’uso di cannabis può riattivare un’esacerbazione sintomatologica nei soggetti con preesistenti disturbi psichici o slatentizzare disturbi psicotici nei soggetti predisposti.

Sul piano fisico, gli effetti dei cannabinoidi comprendono un aumento della frequenza cardiaca del 25-50%, che si instaura in pochi minuti e dura fino a circa 3 ore dopo la assunzione; la pressione arteriosa tende a scendere in ortostatismo sino a sporadici casi di collasso cardiocircolatorio. Si presentano inoltre secchezza delle fauci ed iperemia congiuntivale.

In circa un terzo dei soggetti che fanno uso regolare di cannabis si osservano lievi forme di depressione, ansia o irritabilità. Nonostante all’inizio possa sembrare che la cannabis abbia un effetto antiansia o anti-ira (rischio di automedicazione) l’uso cronico della sostanza evidenzia un aumento della aggressività.

Non è infrequente la comparsa tardiva della cosiddetta “sindrome amotivazionale”, caratterizzata da passività, diminuzione degli impulsi e delle attività mirate ad uno scopo, facile affaticabilità ed apatia.

L’intossicazione da cannabinoidi può giungere al Pronto Soccorso di un Ospedale. In tal caso si valuterà la

necessità di terapie sintomatiche (benzodiazepine se presente ansia, valutare antipsicotici in caso di sintomi quali spunti di riferimento o veri e propri deliri persecutori), di osservazione breve o l'opportunità di un ricovero in casi specifici e particolarmente gravi.

9.2.5 Allucinogeni

Le sostanze allucinogene vengono definite anche psicomimetiche o psichedeliche. Si suddividono in naturali – psilocibina (funghi) e mescalina (cactus) – e di sintesi – Dietilamide dell'Acido Lisergico (LSD) e Ketamina. Le manifestazioni di queste sostanze sono rappresentate da allucinazioni e dalla perdita del contatto con la realtà. E' piuttosto raro che si instaurino condizioni di abuso o dipendenza.

Intossicazione da allucinogeni.

Si presenta con tachicardia, midriasi, sudorazione o tremore. Possono inoltre esserci alterazioni della sensopercezione (colori più vivaci, profumi intensi, illusioni o allucinazioni prevalentemente visive, alterazione dell'orientamento spazio-temporale), del pensiero (spunti di riferimento o franca ideazione ti tipo persecutorio), della coscienza e delle capacità cognitive.

9.2.6 Sostanze volatili

Tra queste sostanze abbiamo le Colle (le più comuni), i gas carburanti e gli agenti per la pulizia.

La principale modalità di utilizzo è gruppale in età giovanile; coloro che ne abusano da soli possono frequentemente soffrire di disturbi psichiatrici più severi ed avere pertanto maggiore bisogno d'aiuto.

Le manifestazioni delle sostanze sono assimilabili a quelle dell'alcool.

Il rischio principale è quello del soffocamento: circa 300 giovani muoiono ogni anno per l' uso di sostanze volatili.

9.3 L'alcolismo

9.3.1 Epidemiologia ed Eziologia

Nel nostro paese il consumo di alcool inizia generalmente attorno ai 15 anni, diventando più regolare attorno ai 18 anni. Circa il 10-15% della popolazione italiana presenta un problema di dipendenza alcolica.

Alla base di abuso e dipendenza da alcol si rintraccia una molteplicità di fattori causali riferibili in primis ad una vulnerabilità genetica ed a fattori ambientali. In questo particolare ambito della ricerca medica hanno rivestito un ruolo senza dubbio importante gli studi condotti sui gemelli omozigoti adottati. I gemelli omozigoti hanno in comune il 100% del patrimonio genetico e condividono lo stesso identico ambiente (il grembo materno) per 9 mesi. Nel caso delle adozioni effettuate subito dopo il parto i fattori ambientali postnatali non sono invece più in comune, ciò pertanto consente di analizzare la componente genetica svincolata dalla componente ambientale.

E' emerso che nella maggioranza dei casi in cui un gemello sviluppa nel corso della sua vita un disturbo da uso

di alcool, anche l'altro gemello, pur in un ambiente socio-culturale diverso, tende a presentare il medesimo disturbo.

9.3.2 Disturbi indotti dall'alcool

I disturbi indotti dall'alcol possono distinguersi in acuti e cronici.

Acuti:

- Intossicazione
- Delirium tremens

Cronici:

- Demenza persistente
- Disturbo amnestico persistente
- Disturbo psicotico indotto
- Disfunzione sessuale indotta
- Disturbo del sonno indotto

Disturbi somatici più frequentemente correlati all'uso\abuso\dipendenza da alcool

- <u>Disturbi neurologici:</u>
  - Tremori fini, > evidenti alle estremità degli arti
  - Dolorabilità alla compressione dei tronchi nervosi
  - Polinevrite alcolica
- <u>Disturbi gastrointestinali:</u>
  - Esofagite da reflusso
  - Gastrite acuta, emorragica, cronica
  - Duodenite
  - Steatosi epatica
  - Epatite alcolica acuta e cronica
  - Cirrosi epatica
  - Pancreatite acuta e cronica

I primi sintomi di ***intossicazione acuta*** da etanolo nell'uomo sono: eloquio indistinto, incoordinazione muscolare motoria, aumentata fiducia in se stessi ed euforia.

La maggior parte dei soggetti sono rumorosi ed estroversi, mentre altri diventano più chiusi e solitari: comunque l'umore rimane labile, con atteggiamenti alternati di aggressività, sottomissione, euforia, malinconia.

La dose tossica di etanolo può variare da soggetto a soggetto per differenti età, genere, razza, alimentazione, malattie, livello di assuefazione.

9.3.3 Delirium Tremens

Il **Delirium Tremens** (DT) è la complicanza più grave ed acuta dell'astinenza alcolica. Può insorgere dopo 2-3 giorni dalla cessazione o riduzione dell'introito alcolico e, se non trattato, può durare da 15 giorni ad alcuni mesi. inizia con segni premonitori quali insonnia, sogni terrificanti, oscillazioni timiche, irrequietezza psicomotoria.

Il quadro clinico conclamato generalmente esplode di notte in modo acuto.

La sintomatologia è dominata da un'intensa alterazione della coscienza, da disorientamento ambientale e dalla possibile insorgenza di allucinazioni, deliri (di tipo mistico, persecutorio o professionale) e convulsioni.

Tipiche sono le *microzoopsie,* ovvero allucinazioni di animali di piccole dimensioni che il paziente vede sulla propria superficie corporea.

Il *delirio professionale* si caratterizza per gesti e comportamenti che rieccheggiano quelli consueti della vita quotidiana e del lavoro.

Dal punto di vista somatico oltre al tremore a scosse ampie (ovvero i tremolii presentano movimenti molto ampi), possono verificarsi sudorazione profusa ed ipertermia.

Le crisi di ipersudorazione possono determinare uno stato di estrema disidratazione, con conseguente oliguria, insufficienza renale acuta, collasso cardio-circolatorio (dovuto ad iperidrosi ed ipertermia) che può condurre, anche in breve tempo, alla morte.
di ipersudorazione con stato di disidratazione estrema,

Per valutare la sindrome da astinenza alcolica è opportuno considerare le condizioni cliniche del paziente: di seguito si riporta la Tab. n.10, che schematizza i parametri clinici da considerare e monitorare, prendendo spunto da una scala di valutazione, definita CIWA-Ar, che assegna un punteggio alla gravità dei sintomi\segni clinici (P.A., F.C., T.C., entità tremori, insonnia ed agitazione).

Tab n. 10 Sindrome da Astinenza da Alcol: valutazione clinica con CIWA-Ar (Sullivan - 1989)

	lieve	media	grave
P.A.	< 90/150	< 150/200	>150/200
F.C.	<100 bpm	>110 bpm	>140 bpm
T.C.	<37°C	>37°C	>38°C
tremori	lievi	moderati	Gravi (DT)
insonnia	lieve	moderata	Grave
agitazione	lieve	moderata	grave

9.3.4 La gestione del paziente etilista

L'operatore in contatto con un alcolista può facilmente trovarsi in difficoltà.
E' frequente provare irritazione, rabbia e frustrazione. Ci si può sentire sfidati e provocati, con il rischio di sviluppare sentimenti di rivalsa.
E' consigliabile una comunicazione semplice e chiara, senza ambiguità che possano destare polemiche o equivoci.

9.4 Le nuove dipendenze

Le "new addictions" (nuove dipendenze) rappresentano patologie di recente insorgenza, destinate ad assumere un'importanza crescente nel panorama della psichiatria moderna.

In questi quadri clinici l'oggetto della dipendenza non è una sostanza chimica, ma dei comportamenti o attività normalmente accettati o persino favoriti dalla società in cui viviamo.

In questa categoria includiamo la dipendenza da internet (Internet Addiction Disorder) e il gioco d'azzardo patologico.

9.4.1 Dipendenza da Internet - Internet Addiction Disorder (IAD)

Il termine "Internet Addiction" è stato coniato nel 1995 da Ivan Goldberg, psichiatra americano della Columbia University, che propose i criteri diagnostici per le dipendenze da introdurre nel DSM.

La dipendenza da Internet rappresenta in realtà un termine alquanto vasto che copre un'ampia varietà di comportamenti e problemi di controllo degli impulsi.

Sul piano clinico il soggetto tende ad utilizzare in maniera prolungata ed inappropriata lo strumento internet, sviluppando sintomi di tolleranza e astinenza, con variabile impatto sul funzionamento socio-lavorativo.

In letteratura, sono state individuate 4 categorie di fattori di rischio correlati all'insorgenza di un disagio psicologico connesso all'uso di Internet:

1. le psicopatologie preesistenti. In più del 50% dei casi di IAD possono esser rintracciati disturbi psichici preesistenti. Condizioni a rischio sono disturbi da uso di sostanze multiple, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo.
2. le condotte a rischio: ritiro in casa con riduzione esperienze di vita "reali" ed aumento esperienze "virtuali".
3. eventi di vita sfavorevoli (problemi lavorativi, familiari, sentimentali): la persona può cercare nel web un rifugio.
4. caratteristiche proprie della rete: ambiguità dell'identità, sesso virtuale, pedofilia etc.

Dal punto di vista epidemiologico, i soggetti piu' a rischio per lo sviluppo della IAD sembrerebbero avere un'eta' compresa tra i 15 e i 40 anni, più frequentemente di genere maschile, con stile alessitimico, ovvero con carenze nella capacità di comunicare verbalmente i propri vissuti ed emozioni.

Nell'ambito delle ricerche internazionali lo strumento testistico più usato è *l'Internet Addiction Test (IAT)*

composto da 20 item atti a misurare il grado di disagio psichico connesso all'utilizzo di internet attraverso la valutazione del funzionamento socio-lavorativo del soggetto.

9.4.2 Disturbo da Gioco d'Azzardo

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è stato riconosciuto ufficialmente come patologia nel 1980 dall'Associazione degli Psichiatri Americani (APA) ed introdotto nel DSM.

Il soggetto affetto è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo cui può ricorrere per alleviare un disturbo dell'umore (ad esempio umore disforico, depresso o ansioso), ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato, fallisce ripetutamente nei tentativi di controllare o ridurre l'abitudine al gioco d'azzardo (nonostante perdite di denaro anche ingenti torna sempre a giocare), tende a mentire a familiari, colleghi e terapeuti rispetto all'entità del problema e può incorrere in problematiche economiche, familiari, sociali e lavorative connesse al gioco.

La valutazione clinica del disturbo non è semplicissima, spesso pertanto ci si può avvalere, come nella IAD, di scale psicometriche. Il test più utilizzato è il *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, costituito da 20 item, mirato alla raccolta di informazioni specifiche quali il tipo di gioco preferito, la frequenza, il discontrollo della condotta, le ripercussioni economiche e familiari.

Un altro strumento diffuso è *L'intervista diagnostica sul gioco patologico* che approfondisce la storia del disturbo e gli aspetti cognitivi correlati, importanti come fattori predittori la risposta alle terapie.

9.5 Cenni di trattamento e riabilitazione

Le terapie farmacologiche variano a seconda della fase dell'abuso (intossicazione, dipendenza, astinenza), della specifica sostanza in questione o del tipo di dipendenza.

Non si ritiene opportuno entrare nel dettaglio dei protocolli di trattamento di cui forniamo solo alcuni cenni.

Nei quadri di intossicazione la terapia sarà certamente sintomatica (benzodiazepine, antipsicotici, infusioni ev di liquido in caso di ipotensione) fatta eccezione per i casi di overdose da oppiacei, in cui è necessario somministrare con urgenza un antagonista degli oppioidi. La terapia della dipendenza è personalizzata e si basa su farmaci che contribuiscono a ridurre il desiderio di ricorrere alla sostanza o, nel caso dell'alcol, che ne potenzino gli effetti sgradevoli al momento dell'assunzione (disulfiram, nome commerciale "antabuse"). L'eventuale sindrome astinenziale è trattata sul piano sintomatologico (farmaci che riducono gli effetti e i sintomi dell'astinenza, talvolta pericolosi per la vita) e può essere gestita e prevenuta farmacologicamente con le cosiddette sostanze sostitutive degli stupefacenti (metadone e buprenorfina).

I **Servizi per le Tossicodipendenze** (**SerT**), o **Servizi per le Dipendenze patologiche** (**SerD**), sono i servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale italiano, dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone con problemi di abuso e dipendenza da sostanze e alcool o di comportamenti compulsivi come il gioco d'azzardo patologico.

Nei SerT opera un'equipe multidisciplinare specializzata nella dipendenza composta da medici specializzati in Tossicologia, Medicina Interna e Psichiatria

e Psicoterapia, infermieri professionali, educatori professionali, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi e personale OTA (Operatore Tecnico per l'Assistenza).

I servizi offerti non sono a pagamento. I SerT attuano interventi di informazione, supporto, prevenzione, e cura dei pazienti e delle loro famiglie.

Gli operatori definiscono programmi terapeutici personalizzati che possono comprendere trattamenti farmacologici, psicologici o riabilitativi, con la possibilità di un periodo di inserimento in comunità terapeutiche, in alcuni casi inevitabile ai fini del mantenimento della remissione del disturbo.

Tra gli interventi psicologici è importante sottolineare i gruppi terapeutici. Uno dei più noti ed importanti è quello fondato dall'associazione Alcolisti Anonimi (A.A.), nata nel 1935 negli Stati Uniti dall'incontro di due alcolisti che avevano deciso di smettere di bere e mantenere la propria sobrietà: si è poi diffusa in oltre 160 Paesi nel mondo. L'intervento si fonda su una terapia di gruppo, più specificamente, di auto-mutuo-aiuto. Gli alcolisti sobri da un periodo di tempo maggiore si riuniscono con alcolisti sobri da meno tempo scambiandosi esperienze e confrontandosi in incontri dalla frequenza libera, utilizzando il "metodo dei dodici passi". Per entrare nell'Associazione occorre aver desiderio di smettere di bere, non è previsto alcun pagamento. Esistono evidenze scientifiche e numerosi pareri di autorevoli specialisti del settore riguardo l'efficacia di questo genere di intervento.

Un paziente con una dipendenza può soffrire anche di un disturbo mentale (comorbidità psichiatrica) e pertanto richiedere una presa in carico congiunta da parte del SerT e dei servizi psichiatrici. In tal caso il paziente comunemente si parla di "doppia diagnosi". La gestione terapeutica di

questi casi prevede dunque un programma di cura integrato e condiviso da parte di due differenti equipe.

Per quanto concerne IAD e GAP le terapie di elezione sono di tipo psicoterapeutico-supportivo: tra esse la psicoterapia psicoanalitica, la terapia cognitivo comportamentale, la terapia psicodinamica interpersonale (IPT), la terapia sistemico relazionale ed il tradizionale gruppo di supporto "dei 12 passi" e la terapia coniugale o familiare, a seconda dei casi.

Capitolo 10 Psicogeriatria e Disturbi Cognitivi

10.1 Psicogeriatria: senescenza, relazione con l'anziano e psichiatria geriatrica

Un soggetto è convenzionalmente definito anziano quando supera i 65 anni di età. Tra i 65 ed i 75 anni si parla di "anziano giovane", dopo i 75 anni di "anziano anziano".

Il processo di invecchiamento prevede un graduale e progressivo declino delle funzioni di tutto l'organismo (apparati cardiovascolare, respiratorio, genitourinario, sistemi endocrino ed immune) ma ciò non sempre equivale, come comunemente si può credere, ad un'inesorabile perdita di numerose funzioni fisiche e cognitive.

Perdita, guadagno e compensazione sono i tre meccanismi che regolano la traiettoria delle funzioni cognitive nell'arco dell'esistenza. Un ambiente ricco e stimolante, una fitta rete socio-relazionale, una costante attività fisica, un persistente allenamento intellettivo ed

uno stile di vita regolare possono sostenere un buon invecchiamento.

Buona parte delle persone anziane conserva a un livello considerevole le proprie capacità cognitive e funzioni fisiche.

Questa fase della vita comporta un notevole costo emotivo nell'affrontare le numerose perdite, i cambiamenti di ruolo, il mantenimento della stima di sé ed il bilancio di quanto realizzato e di quanto invece non si è riusciti ad ottenere nella vita passata. Inoltre la capacità di programmare ed infuturarsi subisce un notevole ridimensionamento in considerazione dell'approssimarsi della fine della propria vita.

10.1.1 La Malattia e la Morte

Abbiamo paura della morte e della malattia?

Se siamo certi di voler diventare operatori sanitari esistono alcuni interrogativi fondamentali da porci per evitare di trascurare noi stessi, le nostre emozioni, quindi anche i bisogni del nostro paziente anziano.

Ciò significa fare i conti con i nostri sentimenti, alle volte rappresentati da irritazione e paura, rispetto alla malattia ed alla morte, spesso considerati come "nemici da combattere", come fantasmi di un nostro possibile fallimento professionale. Se non ne diventiamo consapevoli rischiamo di non prenderci cura dei pazienti.

Cosa intendiamo per cura?

Secondo i dizionari classici di etimologia il termine deriva dal latino *"cura",* nella sua forma più antica in latino si scriveva "*coera"* ed era usata in un contesto di relazioni di amore e di amicizia. Esprimeva l'atteggiamento di

premura, preoccupazione ed inquietudine nei confronti di una persona amata o di un oggetto di valore.

La cura, nel senso latino del termine, sorge solo quando “l'esistenza di qualcuno ha importanza per me”. Comincio allora a dedicarmi a quella persona, divengo partecipe del suo destino, delle sue sofferenze e dei suoi traguardi, in altre parole, della sua vita. E della sua morte.

Prenderci cura di un paziente, in particolar modo del paziente anziano o terminale, equivale proprio ad occuparcene sino alla fine con compassione e prestando, in maniera continuativa, il nostro aiuto.

Ciò sarà possibile solo se diventiamo consapevoli dei nostri sentimenti riguardo alla malattia ed all’anzianità.

E’ importante liberarci da alcuni pregiudizi che connotano negativamente questa fase esistenziale, convincendoci noi per primi dell’opportunità per l’anziano di poter ancora costruire molto riempiendo così gli spazi, sia interni sia esterni, rimasti vuoti.

Sintetizzando, sarà utile ed importante:

- Programmare visite regolari, mantenere il contatto visivo e, se opportuno, toccare, ovviamente in modo appropriato, la persona;
- Mostrarci disponibili ad ascoltare ed a fornire informazioni;
- Onestà e discrezione (rispettare ciò che i pazienti vogliono sapere);
- Incoraggiare, laddove possibile, una consapevolezza condivisa di diagnosi, terapia e prognosi

10.1.2 Epidemiologia

Ad oggi, in Italia e Grecia il 23% circa della popolazione è rappresentata da anziani.

Attualmente 1 persona su 5 ha più di 65 anni.

Nel 2020: i paesi “più vecchi” saranno Giappone (31%), Italia, Grecia e Svizzera (28%) e la percentuale di "oldest old" (80 anni e più) sarà del 22%, in Italia e in Grecia. Nel 2030 gli anziani rappresenteranno il 30% della popolazione italiana.

L’*indice di vecchiaia* (ovvero il rapporto fra la popolazione residente con età maggiore o uguale a 65 anni e quella con età inferiore ai 14 anni) è maggiore nel centro-nord Italia rispetto al centro Sud ed alle isole: in particolare le province con indice di vecchiaia in assoluto più alto (dunque più “anziane”) sono Faenza e Trieste.

10.1.3 Psichiatria geriatrica

Le persone affette da disturbi psichici invecchiano come tutte le altre, diventando pertanto anziani con disagi più o meno importanti e con terapie farmacologiche più o meno complesse, per le quali sarà importante valutare eventuali aggiustamenti di dosaggio.

Tab n 11 - DISTURBI MENTALI DELL’ANZIANO

DISTURBI NEUROCOGNITIVI
DISTURBI DEPRESSIVI
DISTURBO BIPOLARE
SCHIZOFRENIA
DISTURBO DELIRANTE

DISTURBI d'ANSIA
DISTURBI SOMATOFORMI
DISTURBI da USO di ALCOOL
DISTURBI del SONNO

10.2 I Disturbi Neurocognitivi

Una condizione clinica meritevole di una diagnosi di disturbo neurocognitivo va distinta dal normale declino delle funzioni cognitive che si verifica con l'invecchiamento (come nel Declino Cognitivo Correlato all'Età). La diagnosi di deterioramento cognitivo è giustificata solo se vi sono segni dimostrabili di un deficit cognitivo e di memoria maggiore di quello che sarebbe prevedibile in conseguenza dei normali processi di invecchiamento e se i sintomi causano una menomazione del funzionamento sociale o lavorativo.

10.2.1 Epidemiologia

La prevalenza del deterioramento cognitivo è particolarmente elevata nell'anziano, passando da 2-3% nei soggetti di 65-70 anni ad oltre il 20% dopo i 90 anni.

Il rilievo di un progressivo invecchiamento della popolazione dei paesi industrializzati fa prevedere un significativo aumento dei soggetti affetti da demenza nei prossimi anni: infatti l'età avanzata rappresenta il principale fattore di rischio per la maggioranza delle malattie dementigene.

Questo fenomeno appare di particolare rilevanza sotto il profilo socio-sanitario, in ragione dell'enorme impatto

assistenziale e del conseguente onere economico legato a questa patologia.

A tal proposito, si stima che vi siano in Italia 500.000 anziani affetti da Disturbi Neurocognitivi, il cui costo sociale è dell'ordine di circa 3 miliardi/anno.

10.2.2 Clinica

Nel DSM V si parla di tre categorie di Disturbi NeuroCognitivi (NeuroCognitive Disorders - NCD) : il delirium, i Disturbi NeuroCognitivi Major (severi) e Mild (lievi).

Un Mild NCD è caratterizzato da un modesto declino cognitivo in assenza di alterazione della capacità di svolgere autonomamente le attività quotidiane.

Un Major NCD si caratterizza invece per la presenza di un declino cognitivo significativo rispetto al precedente livello di funzionamento, con impatto sulla capacità di eseguire autonomamente le attività quotidiane.

La malattia di Alzheimer (Alzheimer Desease – AD) è il NCD più frequente oltre i 75 anni di età: il quadro clinico presenta una compromissione graduale e precoce della memoria accompagnata da crescenti alterazioni di almeno una delle altre funzioni corticali superiori (afasia, aprassia, agnosia, funzioni operative), di entità tale da compromettere le usuali attività lavorative e sociali del paziente.

A tali sintomi possono associarsi altri disturbi cognitivi (deficit dell'orientamento visuo-spaziale, difficoltà nella lettura o nella scrittura, ridotta capacità di giudizio), del comportamento (disinibizione, aggressività, apatia, ecc.), alterazioni del tono dell'umore (ansia, depressione) e del sonno.

Glossario:

- *Afasia* - difficoltà sia nel produrre discorsi articolati sia nel comprenderli;
- *Agnosia* - difficoltà nel riconoscere oggetti, amici e parenti (prosopoagnosia = incapacità di riconoscere anche il volto dei familiari più stretti);
- *Aprassia* - difficoltà nell'eseguire azioni complesse o che richiedono una programmazione delle sequenze motorie;
- *Funzioni operative* - programmare, ordinare in sequenza ed astrarre.

Sulla base delle attuali conoscenze, possiamo schematizzare nella Tab.n. 12, riportata di seguito, i principali disturbi NeuroCognitivi (Mild-Major) secondo il DSM V.

Tab. n. 12 - CLASSIFICAZIONE DISTURBI NEUROCOGNITIVI

Malattia di Alzheimer
Degenerazione fronto-temporale
Malattia a corpi di Lewy
Malattia vascolare
Degenerazione post-traumatica
Da sostanze tossiche (alcool, metalli pesanti, farmaci)
Infezione HIV
Malattia da Prione
Morbo di Parkinson
Corea di Huntington (più rara nell'anziano)

Occorre sottolineare che alcuni disturbi endocrino-metabolici (soprattutto ipo ed ipertirodismo), stati carenziali (Vitamina B12, folati, tiamina, malnutrizione) e processi espansivi endocranici (neoplasie, ematomi, ascessi) possono comportare quadri clinici assimilabili ai disturbi neurocognitivi su elencati.

Lo strumento di valutazione clinica più semplice e riconosciuto a livello internazionale è il **MMSE (Mini Mental State Examination**). Questo test si basa su alcune semplici domande strutturate e sulle richieste di eseguire degli ordini, scrivere una frase o fare un disegno. Il punteggio totale ottenibile è compreso fra 0 e 30: un punteggio fra 24 e 30 indica generalmente, dopo correzione dello score per età e scolarità, un livello cognitivo normale, il deterioramento è lieve se il punteggio sarà compreso fra 18 e 24, moderato per punteggi che vanno da 10 a 18, e severo sotto i 10.

I pazienti il cui MMSE ha un punteggio compreso fra 23 e 26 sono candidabili ad una diagnosi di **"Mild Cognitive Impairment (MCI)"** ovvero lieve deficit cognitivo, che riguarderà prevalentemente la memoria, lasciando la persona autonoma nelle altre attività. Il MCI non è una forma di demenza ma nel 60% dei casi può evolvere nella Malattia di Alzheimer.

10.2.3 La Malattia di Alzheimer (AD)

E' il NCD più frequente.

La sua scoperta risale all'inizio del 1900, quando il Dr Alois Alzheimer ed il Dr Gaetano Perusini descrissero per la prima volta il caso di una donna, Augusta D., ricoverata a

Francoforte presso un ospedale psichiatrico per una sindrome in cui a disturbi di tipo psichiatrico si associava un quadro di demenza. Alla morte della signora l'autopsia rilevò la presenza di particolari alterazioni del cervello (oggi definite "placche amiloidi" e "gomitoli neuro fibrillari").

Il **quadro anatomo-patologico** della malattia di Alzheimer è caratterizzato dalle seguenti alterazioni:

- *Perdita di neuroni*, che inizia in corrispondenza della regione dell'ippocampo, per estendersi successivamente alle regioni parieto-temporali, frontali e quindi a tutte le strutture encefaliche. Tale perdita di neuroni si evidenzia, all'esame macroscopico dell'encefalo, sottoforma di *atrofia cerebrale*, con appiattimento delle circonvoluzioni e perdita di profondità delle scissure;
- *Atrofia dei neuroni residui*, con fenomeni degenerativi a carico del corpo cellulare, sfoltimento delle ramificazioni e delle spine dendritiche e conseguente *decremento del numero delle sinapsi*;
- Aumento della componente gliale;
- Presenza di *placche senili*, formazioni caratterizzate da un nucleo centrale di una sostanza che si chiama "beta-amiloide";
- Presenza di *gomitoli neurofibrillari*: formazioni all'interno della cellula, costituite da filamenti di neurotubulina avvolti a spirale che alterano la morfologia cellulare determinando alla fine la morte delle cellule.

Le **caratteristiche cliniche** di questa malattia possono variare molto da soggetto a soggetto. Caratteristiche distintive della AD sono *l'esordio insidioso e la progressione sintomatologica graduale.*

E' molto difficile collocare cronologicamente il momento di inizio dei sintomi, che al principio sono spesso

attribuibili allo stress, all'invecchiamento o alla depressione. Nella stragrande maggioranza dei casi i familiari ricorrono all''aiuto di uno specialista solo dopo 1-2 anni, quando i sintomi cognitivi cominciano a diventare significativi (lieve perdita di memoria a breve termine, difficoltà nella denominazione degli oggetti, impoverimento del linguaggio). Questa fase iniziale può esser meglio evidenziabile in soggetti giovani, negli anziani, spesso pensionati, in assenza di compiti lavorativi, può invece passare inosservata.

In questa fase il paziente può apparire ignaro ed inconsapevole dei propri deficit, sono i familiari a notarli per primi: di frequente ciò scatena un intenso senso di inadeguatezza nel paziente, dovendo dipendere da altri nello svolgimento di compiti ed attività consueti.

Da ciò può derivare lo sviluppo di una sintomatologia depressiva e di altri **sintomi non cognitivi psico-comportamentali:**

- Alterazioni del tono dell'umore: depressione, euforia
- Manifestazioni psicotiche: deliri, allucinazioni;
- Alterazioni comportamentali: aggressività, fisica e verbale, irritabilità
- Disturbi neurovegetativi: alterazione sonno, appetito e attività sessuale.

Caso clinico

Un nostro paziente, quando lo abbiamo visto nelle fasi iniziali dell'AD, parlando del suo lavoro, voleva dirci quanto fosse bravo come dattilografo e si esprimeva così: «Non per vantarmi, ma io, quando cosavo con la... con la... cosa, la...[fa il gesto di scrivere a macchina], sì, insomma... ero molto veloce e cosavo senza guardare [fa il gesto di battere sulla tastiera guardando da un'altra parte] e non facevo

errori!» Alla domanda «Dove lavorava?» rispondeva «Io lavoravo al coso..., ero impiegato al coso... al... sì, dove c'è il sindaco... Al comune, ecco!... lavoravo in comune!».

10.2.4 Malattia Vascolare

E' il secondo NCD per frequenza, aumentando con l'età ed in particolare superando per frequenza l'AD dopo gli 85 anni.

Alla base di una Malattia vascolare possono esserci differenti cause, generalmente un infarto cerebrale, provocato dall'occlusione di un'arteria cerebrale. E' intuitivo che i segni e sintomi correlati varieranno in relazione alla zona del cervello colpita dalla lesione.

L'esordio clinico può apparire *"improvviso"* perché possono esser necessari tanti piccoli eventi vascolari prima che si sviluppi una sintomatologia rilevabile clinicamente.

Il decorso ha un andamento "**a gradini**" per i vari peggioramenti dovuti a nuovi eventi ischemici

Possono manifestarsi **sintomi cognitivi** (amnesie, anomie, afasia, aprassia, agnosia, deficit di attenzione per stimoli specifici), e **non cognitivi**, quali: disturbi della marcia, disturbi della continenza urinaria, rallentamento psicomotorio, labilità emotiva, apatia e depressione.

10.2.4 La Depressione e i Disturbi NeuroCognitivi.

La depressione può insorgere in qualunque fase di un Disturbo NeuroCognitivo.

E' importante valutare i fattori di rischio per patologia depressiva, ovvero in particolare storia personale o familiare positiva per depressione ed eventi avversi recenti (lutti, pensionamenti, cambi abitazione).

Nelle persone anziane è spesso difficile determinare se i sintomi cognitivi siano meglio giustificati da un deterioramento organico o da un Episodio Depressivo Maggiore che può essere associato a sintomi di deficit della memoria, a difficoltà di pensiero e di concentrazione, e a una complessiva riduzione delle facoltà intellettive, quindi con sintomi sovrapponibili a quelli della demenza.

La diagnosi differenziale può essere particolarmente ardua. Vedi Tab. n. 13 riportata di seguito.

Tab n. 13 Diagnosi Differenziale Pseudodemenza depressiva vs Demenza

Deterioramento cognitivo	**Sintomi cognitivi Depressione**
1. insorgenza insidiosa	1. insorgenza improvvisa
2. progressione lenta	2. progressione rapida
3. paziente non consapevole	3. paziente consapevole
4. il paziente sminuisce la disabilità	4. enfasi della disabilità
5. peggioramenti notturni	5. no variazioni notturne
6. umore incongruo	6. umore depresso
7. scarsi sintomi vegetativi	7. frequenti sintomi vegetativi
8. precedenti psichiatrici non frequenti	8. precedenti psichiatrici
9. rischio di suicidio basso	9. rischio di suicidio elevato

I soggetti a volte dimostrano bassi livelli di prestazione ai test neuropsicologici e agli esami dello stato mentale. E' fondamentale ricostruire un'accurata anamnesi (precedenti episodi depressivi, lutti recenti) ed un attento rilievo di eventuali segni indicativi di uno stato depressivo (sentimenti di tristezza e di inadeguatezza, disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito, perdita di interessi, agitazione, apatia, irritabilità).

10.2.5 Decorso e Trattamento

Il Decorso è inesorabilmente infausto in 5-10 anni.

Il **Trattamento** farmacologico può basarsi sugli Inibitori delle colinesterasi (rallentano il decorso per alcuni mesi) e su psicofarmaci per la cura dei disturbi psico-comportamentali associati al quadro cognitivo.

La **Reality Orientation Theraphy (R.O.T.)** si basa fondamentalmente sull'assunto che le funzioni neuropsicologiche nel paziente affetto da Disturbo NeuroCognitivo non siano totalmente compromesse e che, quindi, esista la possibilità di stabilire un contatto per riattivare le capacità residue, ricostruendo un rapporto più coerente con la realtà quotidiana.

Questa terapia agirebbe in primo luogo sul piano neuropsicologico, attivando funzioni scarsamente utilizzate, allo scopo di compensare parzialmente quelle compromesse, e fornirebbe inoltre un supporto psicologico, che si crea grazie alle interazioni positive che il modello di socializzazione creato induce.

Consiste in esercizi di stimolazione cognitiva e psico-sensoriale ed in tecniche di memorizzazione e di apprendimento.

La realizzazione di questo tipo di terapia è molto semplice, non comporta costi o problemi particolari e può quindi essere proposta in strutture chiuse o aperte che ospitino anziani dementi o semplicemente confusi.

Utili possono essere interventi di modificazione dell'ambiente, per semplificare la realtà circostante, renderla più chiara, accessibile, attraverso una luce maggiore, riducendo al minimo i cambiamenti ed eliminando le possibili fonti di pericolo. Ciò può aiutare a compensare i deficit cognitivi.

10.2.6 La relazione con il caregiver

La malattia impone alla famiglia del paziente una profonda riorganizzazione, esterna ed interna, ambientale ed emotiva, con conseguente ingente carico, psicologico ed economico. La famiglia costituisce tuttora il più efficace servizio di assistenza domiciliare per le persone affette da disturbo NeuroCognitivo.

La letteratura in campo gerontologico ha già da tempo focalizzato l'attenzione su questa problematica, rilevando quali sono i motivi più frequentemente causa di stress in chi assiste un paziente demente:

- la fatica fisica (per l'impegno di cura e di assistenza da prestare costantemente e senza pause nell'arco della giornata)
- l'isolamento sociale (per mancanza di tempo, energie, interesse alle relazioni sociali)
- i problemi finanziari e legali
- le modificazioni nell'ambito relazionale della famiglia

Questo insieme di fattori, unito alla consapevolezza dell'inutilità dei propri sforzi nel modificare l'andamento progressivo ed ineluttabile della malattia, può comportare nei familiari insorgenza di sintomi di depressione, aumento del consumo di psicofarmaci, incremento dell'incidenza delle patologie psichiatriche e di patologie somatiche, in particolar modo in presenza di forme di demenza gravate da intensi sintomi comportamentali con necessità di assistenza più intensa.

E' opportuno sottolineare che queste conseguenze colpiscono principalmente il "caregiver" primario, cioè la persona a cui spetta la maggior parte dell'onere assistenziale; tale persona, nella maggioranza dei casi, è una donna, solitamente non di giovane età (coniuge o figlia).

Si viene pertanto a delineare una vera e propria "patologia della famiglia" che sperimenta nel tempo varie fasi di adattamento, che vanno dalla negazione, al coinvolgimento eccessivo, dalla collera e dalla colpa, all'accettazione.

E' pertanto necessario fornire ai congiunti del paziente consigli e chiarimenti sulla malattia e sulle procedure da adottare. Tra questi:

- ✓ la malattia di Alzheimer dà diritto ad una pensione di invalidità civile al 100% ed all'assegno di accompagnamento;
- ✓ il paziente non è pericoloso eccetto che per dimenticanze (fughe di gas, medicine, disorientamento, ecc.);
- ✓ esistono sistemi di protezione e semplici accorgimenti per ovviare ai problemi di più frequente evenienza (manopole di sicurezza per le cucine a gas, chiusure di difficile uso per porte e finestre se il paziente tende al vagabondaggio,

medagliette di identificazione con indirizzo e numero di telefono se è disorientato nello spazio, abitudine a lasciare la luce accesa nel bagno se la notte non è in grado di ritrovarlo, ecc.);

- ✓ il paziente non è rieducabile: è inutile rimproverarlo se sbaglia, perché in ogni caso non riuscirà a memorizzare il rimprovero;
- ✓ è utile parlare al paziente sempre chiaramente e semplicemente, utilizzando anche gesti per favorire la comunicazione, senza perdere la pazienza se esso ripete in continuazione le stesse cose;
- ✓ adottare un atteggiamento disteso, frenando l'impetuosità, che favorisce l'agitazione, ed anzi incoraggiando, sorridendo, facendo si che il linguaggio del corpo rifletta la sincerità dall'approccio;
- ✓ prevenire i bisogni, evitare esplicite affermazioni di rifiuto, non mettere il demente a rischio di insuccesso, evitare di comunicare le cattive notizie;
- ✓ poiché spesso, a fronte di una chiara incapacità a memorizzare gli eventi recenti, permane un certo ricordo degli eventi passati, può essere utile occupare il paziente in attività che utilizzino le capacità mnesiche residue (guardare album di vecchie fotografie, ascoltare canzoni legate a ricordi antichi, ecc.);
- ✓ evitare che i congiunti tendano a segregare il paziente in casa, vergognandosi della sua malattia; di fronte a tale atteggiamento andrà ribadita la necessità di farlo uscire regolarmente, ovviamente non da solo (ciò preserverà in qualche modo l'orientamento nelle stagioni e renderà più difficile l'istituirsi delle alterazioni del ritmo sonno/veglia). In alcuni casi potrà essere utile contattare i vicini,

ai quali andrà spiegato che la malattia non è contagiosa, né il malato pericoloso;

- ✓ è necessario ricordare al paziente che deve assolvere alla propria cura personale quotidiana: lavarsi (per ragioni di sicurezza è meglio sorvegliarlo quando si fa la barba o il bagno), cambiarsi gli abiti e vestirsi (per ovviare ai frequenti disturbi prassici può essere utile semplificare al massimo l'abbigliamento: scarpe senza lacci, sostituzione di bottoni e chiusura lampo con strisce di velcro, ecc.).
- ✓ è utile consigliare ai carers di rivolgersi ad organizzazioni "supportive", ed inviare i pazienti con demenza per brevi-medi periodi in strutture di day hospital/degenza, provvedimento che potrebbe fornire un immediato ma transitorio sollievo ai carers, anche se raramente contribuisce a sostenere una condizione di benessere.

Subentra tuttavia, ad un certo punto, quasi immancabilmente, specie se la malattia si protrae molto a lungo, la ***crisi del caregiver***. Essa non appare tanto legata alle espressioni cliniche dalla malattia (gravità delle condizioni cognitive, disturbi comportamentali, perdita completa della autosufficienza, ecc.) quanto alla incapacità, avvertita da parte del caregiver, di continuare la sua funzione.

Il familiare si sente sopraffatto dalla situazione, che sembra sfuggirgli di mano; ha l'impressione di perdere il controllo sul comportamento del paziente e, soprattutto, sulle sue stesse reazioni emotive, arrivando in questo modo ad un punto di rottura.

La "tenuta" del caregiver d'altra parte varia da soggetto a soggetto e dipende da numerosi fattori: dalla età, dalle condizioni di salute e di resistenza fisica, dalle

motivazioni psicologiche e dalle relazioni interpersonali intrafamiliari ed extrafamiliari presenti prima dell'esordio della malattia, dalle convinzioni morali e religiose, dalle abitudini di vita, dalle condizioni economiche, dalle aspettative individuali, etc.

10.3 Disabilità Intellettiva

10.3.1 Clinica e Diagnosi

Con il DSM V l'espressione "Ritardo Mentale" è stata sostituita da "Disabilità Intellettiva" (disturbo dello sviluppo intellettivo). Tale etichetta diagnostica fa riferimento ad un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva (prima dei 18 anni) che vede l'instaurarsi di deficit intellettivi ed adattivi riguardanti concettualizzazione, socializzazione e capacità pratiche.

Secondo il DSM V devono essere soddisfatti i seguenti 3 criteri:

1. **Deficit delle funzioni intellettive** (ragionamento, risoluzione di problemi, pianificazione, pensiero astratto, il giudizio, apprendimento scolastico o dall'esperienza), misurato attraverso valutazione clinica e con prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate.
2. **Deficit del funzionamento adattivo**, caratterizzato dal mancato raggiungimento degli standard di

sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale.
Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità.

Il *funzionamento adattivo* è rappresentato dalla capacità del soggetto di adeguarsi agli standard di autonomia propri della sua età, del suo retroterra culturale e del suo contesto ambientale e più in generale capacità di far fronte alle esigenze comuni della vita:

- Comunicazione
- Cura della propria persona
- Vita in famiglia
- Capacità sociali/interpersonali
- Uso delle risorse della comunità
- Autodeterminazione
- Capacità di funzionamento scolastico
- Lavoro
- Tempo libero
- Salute e sicurezza

3. Insorgenza dei **deficit intellettivi e adattivi** nell'età evolutiva.

Nel DSM V si distinguono 4 livelli di gravità di Disabilità intellettiva (lieve, moderato, grave e gravissimo), definiti però sulla base del funzionamento adattivo e non sui punteggi di quoziente intellettivo (QI) come accadeva in precedenza. E' stato infatti valutato che sia il funzionamento adattivo, nelle aree di concettualizzazione, socializzazione e abilità pratiche, a determinare il livello di

supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile.

10.3.2 Eziologia

La Disabilità Intellettiva presenta molte eziologie differenti rappresentando il risultato finale comune di vari processi patologici che alterano il funzionamento del sistema nervoso centrale.

I fattori eziologici possono essere primariamente biologici o primariamente psicosociali, o una combinazione di entrambi. In circa il 30-40% dei soggetti giunti all'osservazione clinica, non può essere determinata un'etiologia chiara nonostante gli intensi sforzi diagnostici.

Più probabilmente, vanno identificate delle eziologie specifiche per individui con Disabilità Intellettiva Grave o Gravissima.

I principali fattori predisponenti includono:

- *ereditarietà*: questi fattori includono errori congeniti del metabolismo trasmessi soprattutto per via autosomica recessiva (per es., malattia di Tay-Sachs), altre anomalie di un singolo gene a trasmissione mendeliana e ad espressività variabile (per es. sclerosi tuberosa), e aberrazioni cromosomiche (sindrome di Down dovuta a traslocazione, sindrome dell'X fragile);
- *alterazioni precoci dello sviluppo embrionale*: questi fattori includono mutazioni cromosomiche (per es., sindrome di Down dovuta a trisomia 21) o danni prenatali dovuti a sostanze tossiche (per es., uso di alcool da parte della madre, infezioni);

- *influenze ambientali*: tra cui mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali e di altre stimolazioni;
- *disturbi mentali*: tra cui i Disturbi dello Spettro Autistico e altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo;
- *problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale*: questi fattori includono la malnutrizione del feto, la prematurità, l'ipossia, infezioni virali o altre infezioni e traumi;
- *condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza*: questi fattori includono infezioni, traumi e avvelenamenti (per es., da piombo).

10.3.3 Trattamento

Possiamo suddividere il Trattamento in diverse componenti:

TRATTAMENTO NEUROMOTORIO
- Prime fasi di sviluppo
- *Educazione senso-percettivo-motorio*: stimolazioni sensoriali associate ad esperienze di manipolazione e movimento
- Facilitazione di competenze motorie

TERAPIA PSICOMOTORIA
- 2 / 5 anni
- Il gioco stimola il bambino all'azione e all'interazione, per facilitargli la conoscenza del corpo nello spazio
- Sviluppo di competenze adattative, sociali, comunicativo-linguistiche

LOGOPEDIA

- stimolo ad ogni forma di comunicazione (gestuale, mimica, verbale)
- acquisizione di competenze fono-articolatorie e semantiche
- avviamento alla scrittura e alla lettura

ABILITAZIONE COGNITIVA

- apprendimenti scolastici con l'ausilio di strumenti audio-visivi, argomenti concreti
- apprendimenti scolastici con l'ausilio di strumenti audio-visivi, argomenti concreti

TERAPIE FARMACOLOGICHE

- *Sintomatiche* (verso torpore o disturbi comportamentali)
- *Eziologiche (*ad esempio in caso di ipotiroidismo: terapia sostitutiva con tiroxina)

Nel caso di disturbi del comportamento, una prescrizione appropriata deve fondarsi su:

- valutazione attenta dei fattori che contribuiscono al verificarsi o all'aggravarsi dei problemi comportamentali;
- cautela, data la maggiore frequenza di risposte idiosincrasiche e il rischio più elevato di effetti collaterali;
- associazione con altre forme di intervento, come quelle di tipo comportamentale e di modificazione ambientale.

In particolare la cautela nell'utilizzo di psicofarmaci, e soprattutto di antipsicotici, è giustificata dalla maggiore facilità con cui le persone affette da Disabilità Intellettiva sviluppano effetti collaterali presentando un rischio più elevato di discinesia tardiva, acatisia e distonie acute.

INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI

- *di sostegno al bambino e alla famiglia*
- *di tipo cognitivo-comportamentale:*
    - *Intervento sugli antecedenti del comportamento problematico*: focalizzati sulla modificazione delle condizioni che favoriscono il manifestarsi del comportamento problematico.
    - *Intervento sulle conseguenze del comportamento problematico*: è preferibile premiare la persona dopo i comportamenti positivi piuttosto che elargire punizioni in seguito ai comportamenti indesiderabili.

Capitolo 11
I Disturbi di Personalità

11.1 Introduzione

Definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di disturbo di personalità (DP):

"pattern di comportamento profondamente radicati e durevoli, che si manifestano come risposte inflessibili ad una larga gamma di situazioni sociali e personali."

glossario:

- *"pattern"***:** i pazienti tendono ad esibire un limitato repertorio di risposte stereotipate in diversi contesti sociali e personali, e i modi di pensare, percepire e di rispondere emotivamente differiscono sostanzialmente da quelli generalmente accettati
- *"radicati e durevoli"***:** i pattern solitamente sono evidenti durante la tarda infanzia o l'adolescenza ma la

necessità di verificarne la loro permanenza nel tempo, limita l'uso del termine "disturbo" ai soli adulti.

Il paziente presenta un pattern di comportamento, risposta emotiva, percezione di se, degli altri e del mondo che è evidente spesso dalla prima adolescenza, di tipo pervasivo ed inflessibile, come tale persiste nell'età adulta rappresentando una deviazione rispetto alla normale cultura del paziente, comportando spesso distress e disfunzionamento.

La prevalenza dei DP nella popolazione generale varia dal **2%** al **13%**, più alta negli istituti (ospedali, case di cura, e prigioni).

Alcune diagnosi sono più frequenti nei **maschi** (come il Disturbo Antisociale di Personalità), altre più frequenti nelle **donne** (come il Disturbo Istrionico e quello Borderline della Personalità).

11.2 Clinica e Diagnosi

Nel DSM le caratteristiche cliniche dei differenti DP sono state raggruppate, per scopi pratici, in 3 cluster diagnostici:

1. ***Cluster A*** — i pazienti spesso sembrano bizzarri o eccentrici
    - paranoide
    - schizoide
    - schizotipico
2. ***Cluster B*** — caratterizzato da particolare drammaticità affettiva ed emotività espressa.

- istrionico
- narcisistico
- borderline
- antisociale

3. ***Cluster C*** — i pazienti si presentano come ansiosi o impauriti
    - evitante
    - dipendente
    - ossessivo compulsivo

11.2.1 Cluster A

Disturbi caratterizzati da comportamento bizzarro:

DP PARANOIDE: il soggetto appare ipervigile, incapace di rilassarsi, alla ricerca di significati nascosti che possano giustificare l'ostilità che percepisce costantemente nell'ambiente circostante e nelle relazioni con gli altri; chi ne soffre reagisce ad ogni critica, anche banale, puntualmente interpretata come un insulto, con indignazione e rabbia sino a manifestare rivendicatività ed aggressività. Le persone affette da questo DP mostrano uno stile di vita solitario, in quanto spesso l'altro è identificato con il nemico. Alla base di questo disturbo c'è il massiccio utilizzo di meccanismi di difesa quali la negazione e la proiezione (il soggetto attribuisce agli altri propri sentimenti e vissuti, che ritiene inaccettabili)

DP SCHIZOIDE: quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva, chi ne soffre non è interessato al contatto con gli altri, preferendo uno stile di vita riservato e distaccato

dagli altri. Il soggetto potrà conservare in alcuni casi una funzionalità in contesti sociali ristretti, ma tenderà ad avere relazioni sociali fredde e distaccate. Raramente questi pazienti giungono all'attenzione medica.

DP SCHIZOTIPICO: quadro caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive ed eccentricità nel comportamento, chi ne soffre ha scarso contatto con la realtà e tende a dare un'assoluta rilevanza e certezza ad alcune intuizioni magiche.

11.2.2Cluster B

Disturbi caratterizzati da un'alta emotività.

DP ISTRIONICO: è un quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da una costante ricerca di attenzione; chi ne soffre tende ad essere sempre seduttivo e a manifestare in modo marcato e teatrale le proprie emozioni. Se le richiese di attenzione non vengono esaudite possono affiorare sentimenti di intensa e profonda angoscia ed inadeguatezza: il soggetto può talora mettere in atto agiti ricattatori e parasuicidari con intenzionalità dimostrative. I meccanismi più utilizzati da chi è affetto da questo DP sono quelli di regressione, identificazione, somatizzazione, conversione, dissociazione e negazione. Le richieste di attenzione manifestate dal soggetto vanno a tentare di ottenere una rassicurazione di un sé non sufficientemente maturo ed autonomo.

DP NARCISISTICO: questo DP si riferisce ad una modalità pervasiva di grandiosità (nella fantasia personale

e nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia. Chi ne soffre tende a sentirsi il migliore di tutti, a ricercare l'ammirazione degli altri e a pensare che tutto gli sia dovuto, data l'importanza che si attribuisce. Il soggetto dimostra una scarsa tolleranza ad ogni minima frustrazione che pertanto finisce per generare reazioni di rabbia e vendicatività. La persona oscilla fra una grandiosità esagerata ed una mancanza totale di autostima. Il soggetto è fortemente insicuro. I sentimenti di invidia e aggressività vengono negati o mascherati con reazioni esterne di distacco, scarsa sensibilità e tendenza allo sfruttamento.

DP BORDERLINE: Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è una condizione che affligge una considerevole percentuale (dal 2% al 6%) della popolazione adulta. Il DBP ha inoltre un'elevata prevalenza (approssimativamente del 20%) tra i pazienti psichiatrici ricoverati ed ambulatoriali. E' associato ad un alto utilizzo dei servizi di salute mentale e molto spesso correla con una significativa disabilità sociale. Il disagio associato a questo DP è caratterizzato dall'instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da una marcata impulsività (vedi tabella di seguito). Solitamente chi ne soffre presenta una marcata impulsività ed una forte instabilità sia nelle relazioni interpersonali sia nell'idea che ha di sé stesso, oscillando tra posizioni estreme in molti campi della propria vita. Il soggetto tende a "scindere" la realtà ad esempio operando una distinzione marcata e netta fra buoni-cattivi. Molto spesso nella vicenda di queste persone sono rintracciabili esperienze traumatiche precoci.

Diagnosi DP Borderline

Criteri diagnostici DP Borderline sec. DSM

Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé, e dell'affettività con impulsività marcata, comparsa entro la prima età adulta e presente in vari contesti come indicato da almeno cinque dei seguenti criteri:

1. Sforzi disperati di evitare l'abbandono reale o immaginario (non includere i comportamenti automutilanti e suicidari considerati al punto 5);
2. Modalità di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate da alternanza fra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
3. Disturbo dell'identità: l'immagine di sé o il senso di sé sono marcatamente e persistentemente instabili;
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto quali spendere, sesso, uso di sostanze, guida spericolata, abbuffate (non includere i comportamenti automutilanti e suicidari considerati al p.5);
5. Ricorrenti minacce, gesti o comportamenti suicidari, o comportamento automutilante;
6. Instabilità affettiva causata da marcata reattività dell'umore (ad esempio, intensa disforia episodica, irritabilità o ansia che di solito dura poche ore e soltanto di rado supera pochi giorni);
7. Sentimenti cronici di vuoto;
8. Rabbia immotivata e intensa o mancanza di controllo della rabbia (ad esempio, frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);
9. Gravi sintomi dissociativi o transitoria ideazione paranoide

correlata a eventi stressanti.

DP ANTISOCIALE: è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri. Chi ne soffre è una persona che non rispetta in alcun modo le leggi, tende a violare i diritti degli altri, non prova senso di colpa per i crimini commessi. Il soggetto manifesterà impulsività, irritabilità, aggressività, tendenza a mentire, psicopatia (mancanza di rimorso e assenza di sensibilità verso l'altro).

11.2.3 Cluster C

Disturbi caratterizzati da una forte ansietà:

DP EVITANTE: quadro di personalità in cui dominano inibizione, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi. Chi ne soffre tende a evitare in modo assoluto le situazioni sociali per la paura dei giudizi negativi degli altri, presentando quindi una marcata timidezza. Il soggetto possiede una scarsa autostima, per cui attiva inconsapevolmente meccanismi difensivi di evitamento ed inibizione. Nelle famiglia di persone ansiose sarà frequente rintracciare la presenza di genitori fobici, disapprovanti o iperapprensivi.

DP DIPENDENTE: quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad eccessivo bisogno di essere accuditi. Chi ne soffre presenta un marcato bisogno di essere accudito e seguito da parte degli altri, delegando quindi tutte le proprie decisioni ad una persona più forte e potente cui tende a legarsi e rispetto alla quale si colloca in una posizione remissiva. Il soggetto

reagirà alle rotture sentimentali con intensa ansia, ricercando immediatamente un nuovo legame che rimpiazzi il precedente.

DP OSSESSIVO-COMPULSIVO: modalità pervasiva di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo, controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza. Chi ne soffre può mostrare un'eccessiva attenzione al dettaglio, perdendo spesso di vista lo scopo finale. A differenza di quanto visto nel Disturbi dello Spettro Ossessivo-Compulsivo (vedi Capitolo 6) caratteristica del DP Ossessivo-compulsivo è l'egosintonicità: ovvero il paziente non vive come intrusive ed ingombranti le proprie preoccupazioni, non le riconosce come "sintomi".

11.3 Cenni di trattamento

Principi generali di intervento

- Evitare divisioni nell'equipe terapeutica
- Comunicare apertamente col paziente e gli altri professionisti coinvolti
- Mirare ad una relazione terapeutica stabile sul lungo termine: questo può richiedere di mettersi in 'sintonia' con il paziente
- Mirare al miglioramento del paziente

Il trattamento dei DP vede un'integrazione fra:

Trattamento farmacologico: potranno essere impiegati farmaci neurolettici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi e, con cautela, ansiolitici benzodiazepinici,

per trattare il disagio ed i sintomi associati ai vari DP o i disturbi psichici spesso presenti in comorbidità.

Psicoterapia: utile se impiegata precocemente ed indirizzata verso la stabilizzazione dell'identità, l'attenuazione della sensibilità al rifiuto e la scarsa tolleranza alle frustrazioni.

Possono esser impiegate differenti tipologie di psicoterapia, di orientamento psicoanalitico-psicodinamico e cognitivo comportamentale, a seconda del singolo caso.

Una delle terapie più diffuse e più supportate da recenti evidenze scientifiche per il disturbo Borderline di Personalità è la **DBT (Dialectical Behavioural Therapy)**, introdotta e diffusa da Marsha Linehan professoressa di Psicologia Clinica presso la University of Washington di Seattle (USA) dove inoltre dirige la Behavioral Research and Therapy Clinic (BRTC).

La DBT, nata dall'interesse per soggetti gravemente suicidari, si è in seguito affermata come uno dei trattamenti di maggiore efficacia per il disturbo borderline. Questa terapia si focalizza in particolare sui concetti di accettazione e validazione dei vissuti e dei sentimenti e sulla regolazione delle emozioni del paziente borderline.

La DBT è risultata efficace in:

- Riduzione degli agiti autolesivi
- Riduzione dei drop-out
- Riduzione del ricorso all'ospedalizzazione
- Incremento delle abilità psicosociali
- Riduzione del burn-out degli operatori

La DBT conferisce fondamentale importanza al lavoro d'equipe: il team è l'elemento imprescindibile per la strutturazione di un valido intervento.

11.4 Casi clinici

11.4.1 Caso clinico di Disturbo Schizotipico di Personalità (tratto da Casi clinici DSM IV).

Paddy 0'Brien è uno scapolo di 26 anni, che vive con sua madre e due fratelli maggiori in una fattoria di famiglia nell'Irlanda occidentale. È stato intervistato per uno studio familiare sui disturbi mentali in Irlanda.

Paddy è descritto dalla madre come un ragazzo "normale" fino all'età di 14 anni. Nel suo rendimento scolastico era lievemente al di sotto della media. Aveva amici coi quali giocava dopo la scuola, aiutava i suoi fratelli e suo padre nei lavori della fattoria. Quando compì 14 anni, iniziò a "perdere interesse" per le questioni scolastiche. L'insegnante notò che mentre era in classe "aveva lo sguardo fisso nel vuoto" e raramente seguiva la lezione. Dopo poco, la madre notò che non giocava più a lungo con i suoi amici dopo la scuola, ma si precipitava subito a casa e si sedeva di fronte al fuoco. Divenne anche sempre più difficile convincerlo ad occuparsi della fattoria. Qualche volta entrava e diceva che il lavoro era finito. Soltanto diverse ore dopo si rendevano conto che solo alcune mucche erano state munte, o solo alcune uova erano state raccolte.

Quando aveva 16 anni, poiché il suo stato stava progressivamente peggiorando, Paddy fu ritirato da scuola e ricoverato nell'ospedale psichiatrico del paese. I resoconti dell'ospedale indicano che era socialmente isolato ed aveva un'affettività appiattita. Non fu possibile

coinvolgerlo in attività protette. Non si rilevarono sintomi psicotici.

Paddy da allora è stato ricoverato in modo intermittente in centri psichiatrici. Nell'ultimo anno e mezzo, è stato accompagnato in un centro diurno due giorni alla settimana.

Quando è stato intervistato dal gruppo di ricerca, Paddy è apparso come un giovane uomo obeso, piuttosto disordinato. Risponde alla maggior parte delle domande con un sì, no, o "potrebbe essere". Nega sintomi psicotici, sentimenti di depressione o di euforia, o disturbi dell'appetito o dell'energia. Tuttavia riconosce di avere problemi imprecisati di "nervi", e problemi nel dormire. Su richiesta, afferma di sentirsi a disagio fra la "gente", ad eccezione della sua famiglia. Il contatto visivo è scarso; guarda verso il pavimento per la maggior parte dell'intervista.

La sua affettività è piatta. Nonostante tutti i tentativi, l'intervistatone non è in grado di stabilire un rapporto con lui.

Secondo la famiglia, quando non è al centro diurno, Paddy si siede tutto il giorno di fronte al fuoco in casa. Occasionalmente può essere stimolato ad aiutare nei lavori della fattoria, ma di solito si ferma dopo 15 minuti e ritorna a sedersi di fronte al fuoco. Se non viene stimolato, non lava o cambia i suoi abiti. Si rifiuta di occuparsi di qualsiasi incombenza sociale, ed i suoi amici di infanzia da tempo hanno smesso di chiamarlo a casa.

Al centro diurno, Paddy qualche volta lavora per brevi periodi di tempo a compiti semplici nella terapia occupazionale, ma presto si ferma e va a sedersi nel soggiorno. Sia la famiglia che il personale notano che è piuttosto consapevole di ciò che accade intorno a lui, come confermato da occasionali commenti perspicaci. Né la sua famiglia, né alcun membro del personale psichiatrico che si

prende cura di Paddy ha mai potuto rilevare sintomi psicotici.

11.4.2 Caso clinico di Disturbo Antisociale di Personalità

Tony Taylor è un uomo afroamericano di 39 anni, separato, il quale è inserito in un programma psichiatrico diurno nell'istituto dove vive, quando ha aveva cominciato a riferire impulsi improvvisi di accoltellare gli altri ospiti. Il personale dell'istituto lo descrive come "manipolativo" ed "affascinante". Egli riferisce una lunga storia di abuso di alcol, eroina e cocaina, ma dice di essere "pulito" da 3 settimane. Riferisce diversi arresti per crimini, che comprendono rapina a mano armata e rapimento, per i quali sembra disporre di una spiegazione che minimizza le sue responsabilità.

Il Signor Taylor era entrato nel sistema assistenziale cittadino due anni prima, quando la donna con la quale viveva lo aveva cacciato di casa perché non poteva più tollerare il suo temperamento e l'abuso di sostanze. Durante il matrimonio con un'altra donna, 20 anni prima, era stato capace di lavorare brevemente in attività manuali negli intervalli fra le permanenze in carcere ed in ospedale. Non ha più lavorato negli ultimi 7 anni e non ha mai versato alla moglie i contributi per il figlio.

La vita non aveva avuto un inizio facile per il signor Tayler. Suo padre aveva lasciato la casa prima che lui nascesse, lasciandosi alle spalle uno scandalo familiare, avendo reso gravida la sorella della moglie. Per questo Tony era stato trattato dalla sua famiglia come un escluso. Sua madre aveva nove figli, ognuno nato da un padre diverso, era affetta da depressione cronica ed era stata sottoposta a diversi trattamenti. Tutti i suoi figli avevano problemi psichiatrici o di abuso di sostanze.

Quando il Signor Taylor aveva tre anni, sua madre lo aveva consegnato ad una serie di affidatari riluttanti, da entrambi i rami della famiglia. Alcuni dei fidanzati di sua madre abusarono di lui fisicamente, frustrandolo con cinghie e cavi elettrici. Lasciò la scuola al settimo anno perché un'insegnante lo "intralciava". Alla fine dell'adolescenza e intorno ai 20 anni utilizzava eroina e cocaina per via orale, in seguito eroina endovena per circa un anno. Smise di usare droghe verso i 25 anni, ma continuò ad abusare di alcool quasi tutte le settimane.

11.4.3 Caso clinico di Disturbo Borderline di Personalità

La paziente è un'assistente veterinaria di 23 anni, ricoverata per la prima volta in un reparto psichiatrico. Arrivò a tarda sera, inviata da uno psichiatra locale, affermando "in realtà non ho bisogno di stare qui".

Tre mesi prima del ricovero, la paziente aveva saputo che sua madre era incinta. Aveva iniziato a bere molto, apparentemente per dormire di notte. Bevendo si trovò coinvolta in una serie di "esperienze di una notte". Due settimane prima del ricovero, ebbe dei vissuti di panico ed esperienze nelle quali si sentiva come se fosse rimossa dal suo corpo ed in uno stato di trance. Durante uno di questi episodi, fu fermata dalla polizia mentre vagabondava su un ponte a notte fonda. Il giorno dopo, in risposta ad una voce che ripetutamente le diceva di gettarsi dal ponte, corse dal suo supervisore e gli chiese aiuto. Il suo supervisore, vedendola stravolta e notando anche dei segni da taglio sul polso, la inviò da uno psichiatra, che organizzò il ricovero immediato in ospedale.

Al momento del ricovero, la paziente appariva come una bambina in disordine, debole e supplicante. Era collaborativa, coerente, e spaventata. Sebbene ritenesse che il ricovero non fosse necessario, accolse bene la prospettiva di alleggerirsi dall'ansia e dalla depersonalizzazione. Ammise di aver avuto sentimenti di solitudine e di inadeguatezza e brevi periodi di umore depresso ed ansia dall'epoca dell'adolescenza. Recentemente aveva avuto delle fantasie nelle quali pugnalava se stessa o un bambino piccolo con un coltello. Si lamentava di essere "appena un guscio vuoto che è trasparente per tutti".

I genitori della paziente si erano separati quando aveva 3 anni, e nei 5 anni successivi aveva vissuto con la nonna materna e con la madre, che avevano un grave problema di potus. La paziente di notte aveva sogni terrificanti durante i quali frequentemente finiva a dormire con la madre. A 6 anni andò in un collegio speciale per un anno e mezzo, dopo di che fu ritirata dalla madre, contro il parere della scuola. Quando aveva 8 anni, sua nonna morì; e ricorda che cercò di nascondere alla madre il dolore causato dall'evento. Passò la maggior parte dei due anni successivi vivendo con vari parenti, incluso un periodo con il padre, che non aveva visto dall'epoca del divorzio. Quando aveva 9 anni, sua madre fu ricoverata con la diagnosi di Schizofrenia. Dai 10 anni, finito il college, la paziente visse con una zia ed uno zio, ma ebbe frequenti contatti con sua madre. Il suo profitto a scuola fu costantemente buono.

Dall'adolescenza ebbe regolarmente dei ragazzi, con un'attiva, ma raramente piacevole vita sessuale. Le sue relazioni con gli uomini di solito finiscono bruscamente in seguito ad arrabbiature dovute a delusioni per motivi spesso poco rilevanti. Allora conclude che "non erano adatti a lei". Aveva avuto diverse compagne di stanza, ma difficoltà a condurre una stabile convivenza a causa della

sua gelosia a dividere le compagne con altri, ed i suoi tentativi manipolativi di impedire loro di vedere altre persone.

Dopo l'università aveva lavorato costantemente e bene come assistente veterinario. Al momento del ricovero, faceva il turno di notte in un ospedale veterinario e viveva da sola.

11.4.4 Caso clinico di Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità

Il paziente è un avvocato di 45 anni che richiede il trattamento su insistenza della moglie, la quale è stanca del loro matrimonio, non può più tollerare la sua freddezza emotiva, le richieste rigide, la prepotenza, il disinteresse sessuale, i lunghi turni di lavoro ed i frequenti viaggi di affari. Il paziente non prova alcun disagio particolare nel suo matrimonio ed ha accettato la consulenza solo per accontentare la moglie.

Ben presto, tuttavia, emerge che il paziente è preoccupato dai problemi lavorativi. È conosciuto come l'uomo di punta di uno studio legale ben avviato. È stato il più giovane socio nella storia dello studio ed è famoso per la sua capacità di gestire molti casi contemporaneamente.

Recentemente, si trova sempre più incapace di gestire quei ritmi. È troppo orgoglioso per rifiutare un nuovo caso e troppo perfezionista per rimanere soddisfatto del lavoro svolto dai suoi assistenti. Scontento del loro stile e della struttura delle frasi, si trova costantemente a correggere le loro difese giudiziarie e quindi incapace di stare al passo con i suoi impegni. I collaboratori lamentano che la sua attenzione per i dettagli e la sua incapacità a delegare le responsabilità stanno riducendo la sua efficienza. In 15

anni ha avuto 3 segretarie l'anno; nessuna di esse può tollerare di lavorare con lui per molto tempo perché egli è troppo critico riguardo agli errori commessi dagli altri *(…).*

Capitolo 12

Le Emergenze in Psichiatria

12.1 Il paziente aggressivo

12.1.1 Epidemiologia

Il 10% dei pazienti ricoverati manifesta comportamenti aggressivi.

Si stima che circa il 40% degli operatori è stato vittima nel corso della carriera di violenza fisica.

L'aggressione può avvenire con armi di offesa naturale (pugni e calci, 72% dei casi), uso di oggetti (23%), minacce con coltello e/o con armi bianche o oggetti contundenti (5%).

In Italia è stata condotta un'indagine (studio PERSEO: Psychiatric EmeRgency Study and EpidemiOlogy) mirata ad

analizzare le caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati presso 62 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura italiani (circa 2500 pazienti valutati). Nello studio PERSEO è stata utilizzata una scala, la MOAS (Modified Overt Aggression Scale), compilabile da personale paramedico, che si occupa di registrare gli episodi di aggressività nel periodo di osservazione specificato e di valutarne la loro gravità.
Valuta 4 forme di aggressività:

1. aggressione verbale
2. aggressione verso le proprietà
3. autoaggressione
4. aggressione fisica verso le altre persone

Nello studio su citato è emerso che in quasi la metà degli ingressi nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura la MOAS totalizzava un punteggio superiore a 0: nella maggior parte dei casi di violenza il paziente aveva ricevuto una diagnosi di Schizofrenia e nel 92% degli eventi aggressivi si rintracciavano altri ricoveri in ambiente psichiatrico in anamnesi.

Le *condizioni* più frequentemente associate alla violenza sono:

- Stato confusionale acuto
- Psicosi organica acuta
- Abuso, dipendenza, intossicazione da alcool
- Abuso, dipendenza, intossicazione da sostanze
- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo Bipolare, mania
- Disturbo Borderline di personalità
- Disturbo delirante
- Demenza
- Traumi cranici
- Ritardo mentale
- Schizofrenia

Le *situazioni* rischiose:

- Assenza di vie di fuga
- Staff non preparato
- Presenza di oggetti contundenti
- Carenza di osservazione
- Carenza di personale

I Fattori scatenanti gli episodi di violenza:

- Ansia
- Rifiuto di una richiesta di ricovero da parte del paziente
- Mancanza di rispetto (reale o immaginaria)
- Paura
- Frustrazione
- Ospedalizzazione coatta
- Rabbia
- Perdita del lavoro
- Lunga attesa
- Rumore
- Dolore
- Deprivazione di sonno

Le urgenze, in particolare nell'ambito dei reparti di psichiatria ma talvolta anche all'esterno di essi (ad esempio ricoveri in ambiente internistico o pronto soccorso), possono avere due manifestazioni:

Modalità "aperta": il paziente mostra chiare ed evidenti (talvolta eclatanti) alterazioni del comportamento, rendendo così più tempestivo e facile l'intervento degli operatori.

Modalità "coperta": il paziente può mostrare oppure no un'alterazione evidente del comportamento in presenza però di un'alterazione significativa del pensiero o dell'umore (es: ideazione suicidaria, umore depresso, gravi

sintomi ossessivi, ansia acuta). Questa condizione è molto più a rischio per la salute del paziente (e talvolta degli altri degenti e\o operatori) in quanto non sempre consente un intervento dello staff medico infermieristico.

Nella situazione di emergenza non è facile valutare le potenzialità aggressive di un paziente e calcolare le reali probabilità di un comportamento violento.

Spesso (troppo spesso) tale valutazione si fonda su *impressioni aspecifiche* o su un *giudizio clinico intuitivo.*

Fattori predittivi di violenza

1. Idee di violenza
2. *Comportamento durante il colloquio:* crescendo progressivo dell'attività psicomotoria durante il colloquio da aggressività verbale a turpiloquio ad atteggiamenti comportamentali, fino all'atto di violenza
3. Storia recente di violenza

La maggior parte delle persone non si comporta in modo aggressivo senza farlo capire. Se si è in grado di riconoscere in tempo i segnali di atto aggressivo imminente si può aiutare la persona a calmarsi e ad affrontare il problema.

Per giudicare la probabilità di un atto aggressivo occorre avere presenti i fattori di rischio ed avere presente se la persona in questione:

- è ubriaca o sotto l'effetto di droghe eccitanti (cocaina, ecstasy);
- porta un bastone o un'arma;
- continua a passeggiare su e giù, batte i piedi, si alza;
- sembra tesa e rancorosa;

- parla a voce alta, minaccia, insulta, fa commenti sarcastici, impreca;
- stringe i pugni;
- guarda fisso;
- si rifiuta di parlare

Secondo le Linee Guida NICE è utile valutare fra i fattori di rischio la storia remota di violenza (arresti, infrazioni nella guida, coinvolgimento in procedimenti legali, tendenza a punire i figli, o a seviziare gli animali in epoca infantile, problemi costanti con le autorità in epoca adolescenziale) e la gravità delle violenze precedenti (saranno considerati a maggior rischio di reiterare le violenze i pazienti che sono già stati aggressivi in passato specie se tramite utilizzo di mezzi fisici). E' inoltre importante indagare l'abuso\intossicazione di sostanze e\o alcol e la rete di supporto esistente.

12.1.2 Approccio al paziente agitato: gestione della crisi, tecniche di de-escalation e trattamento farmacologico

Dove incontrare il paziente

- ✓ Ambiente adeguato: evitare spazi ristretti, corridoi frequentati da altri pazienti
- ✓ Allontanare familiari o altri pazienti agitati
- ✓ E' raccomandabile non fare aspettare troppo una persona potenzialmente violenta; se si prevede un ritardo informarla, scusarsi e offrire qualcosa;
- ✓ Avere SEMPRE una via di fuga: posizionarsi tra il paziente e la via d'uscita
- ✓ Porta aperta o colleghi che osservano la scena

- ✓ Evitare la presenza a portata di mano o sulla scrivania/tavolo/ripiano di armi potenziali (biro, siringhe, forbici, vetreria, oggetti contundenti, ombrelli, sedie leggere)
- ✓ Evitare di avere addosso oggetti “da vittima”, utilizzabili come appigli o armi (lunghi portachiavi, ciondoli, forbici, cravatte) e se la persona è armata non cercare di disarmarla ma allontanarsi, chiamare subito la polizia, allontanarsi anche quando si sospetta che la persona abbia un’arma anche se non è visibile e informare subito i colleghi

Come avvicinarsi al paziente

- ✓ Non avvicinarsi al paziente con modalità rapide e decise in senso frontale, poiché può essere percepito come un atteggiamento di confronto, di sfida
- ✓ Mai voltare le spalle ad un paziente potenzialmente violento, MAI PERDERE IL CONTROLLO VISIVO
- ✓ Consentire uno spazio fisico maggiore del normale (distanza consigliata circa 1,5 mt-fino a 4)
- ✓ DIMOSTRARE SICUREZZA
- ✓ Avvicinarsi al lato del paziente in posizione latero-frontale porgendo sempre il proprio emicorpo, riducendo così la superficie che può essere oggetto di aggressione
- ✓ Attenzione al linguaggio non verbale: evitare il contatto diretto e prolungato nello sguardo degli occhi del paziente; sorridere o ridere può essere interpretato da parte dal paziente in senso aggressivo e dispregiativo
- ✓ Se c’è una sensazione di ansia è giusto seguire il proprio istinto e proteggere la propria sicurezza personale

- ✓ Evitare da parte del minacciato qualsiasi manifestazione di perdita di controllo emotivo e motorio

Cosa dire al paziente

- ✓ Lo scopo è trasformare la situazione di emergenza in un contesto in cui sia possibile parlare e non agire.
- ✓ Alcuni suggerimenti pratici:
- ✓ Restare calmi, con atteggiamento tranquillo e accogliente
- ✓ Parlare lentamente, a basso volume, con frasi corte, concetti semplici e concreti
- ✓ Lasciare tempo al paziente per esprimere e descrivere i sentimenti e chiederle di parlare di cosa prova e dei motivi per cui lo prova. Dire ad esempio: *"Mi sembra molto nervoso (o arrabbiato). Se mi dice perchè si sente così forse potrò esserle d'aiuto"* o anche *"Mi sembra che lei stia molto male per qualcosa. Mi può dire di cosa si tratta?"*. Dichiarare che il suo atteggiamento è comprensibile alla luce delle sue esperienze.
- ✓ Fornire al pz la possibilità di scegliere qualcosa (es luogo del colloquio)
- ✓ Avvertire che la violenza non sarà tollerata e che sarà considerato responsabile delle azioni commesse, offrendo aiuto (es sedativi) nel caso in cui non sia in grado di controllarsi
- ✓ Ribadire il proprio ruolo e dichiarare con convinzione di essere disposti a fare tutto il possibile per essere d'aiuto
- ✓ Qualche volta una persona è spaventata perchè si trova in un ambiente sconsciuto e la paura può portare alla violenza: spiegare con pazienza dove si trova, lo scopo del centro di salute mentale,

dell'ambulatorio o del reparto, il nome e il ruolo dei clinici presenti, portare sempre un cartellino di identificazione ben leggibile

- ✓ Chiedere di essere messo in condizioni di aiutare. Ad esempio dire "Vorrei aiutarla ma non posso farlo se lei continua a gridare. Cerchi di parlare con calma".
- ✓ Deviare l'aggressività da una persona (contro la quale il paziente si può rivolgere) ad un problema più generale ("Non credo che lei voglia aggredire un semplice infermiere, ho avuto l'impressione che il problema di cui parlava fosse più importante").
- ✓ Utilizzare la presenza di una persona di cui il paziente ha fiducia per attenuare ansia e aggressività (familiari, medico)
- ✓ Familiarizzare col paziente (offrire una sigaretta, prepararsi un caffè, dividere e consumare del cibo, trovare interessi che uniscono, comunanze di gusti, aver vissuto uguali esperienze)
- ✓ una delle strategie raccomandate è quella del ***time-out***, che consiste nel convincere la persona ad andare per 5-10 muniti in un posto tranquillo o fare una passeggiata per calmarsi. Il time out-si propone 2 obiettivi: prevenire o interrompere quanto prima il comportamento violento e aiutare la persona a raggiungere una certa capacità di auto-disciplina. Se il time-out non funziona bisogna fare tutto il possibile per proteggere sè stessi, i colleghi e gli altri pazienti e in ultimo le proprietà.

Cosa non fare

- ✓ MAI interrompere il paziente in modo autoritario e minaccioso utilizzando la mano, il dito puntato, alzando il volume della voce, avvicinandosi sino a sfiorarlo fisicamente

- ✓ MAI esprimersi in modo provocatorio, emettere giudizi, fornire interpretazioni
- ✓ MAI formulare promesse che poi non possono essere mantenute (evitare il ricovero, non somministrargli farmaci o di rimandarlo a casa nell'immediatezza)

Il trattamento farmacologico

Nei casi in cui le tecniche di de-escalation e, più in generale, di approccio al paziente agitato, non funzionano, (solo dopo averle impiegate correttamente e per un tempo sufficiente a valutarne l'inefficacia), occorre intervenire con il trattamento farmacologico.

In prima battuta lo staff medico-infermieristico dovrà provare a proporre al paziente una terapia per via orale (antipsicotici di prima generazione o benzodiazepine o antipsicotici di seconda generazione). In caso di rifiuto o di agitazione psicomotria molto intensa si potrà procedere con un trattamento IM (antipsicotici di prima generazione o benzodiazepine in fiale).

Solo in caso di inefficacia si potrà considerare somministrazione EV di benzodiazepine.

12.2 Il rischio suicidario

Ogni caso di morte che risulti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo, compiuto consapevolmente dalla vittima stessa, è definibile come ***suicidio***.

Si definiscono invece comportamenti parasuicidari quei comportamenti, frequentemente ripetuti, che implicano un rischio, più o meno elevato, di morte.

Ad esempio incidenti stradali dalle dinamiche poco chiare, sport estremi, overdose ripetute.

L'Ideazione suicidaria comprende idee, pulsioni e sentimenti del paziente che vanno attentamente esplorati e valutati:

- Idee e sentimenti che la vita non valga la pena di essere vissuta
- Idee o pensieri o desideri di morte
- Intenti o propositi di suicidio
- Piani di suicidio
- Comportamenti suicidari

Il 20% dei pazienti non ci comunica spontaneamente la propria ideazione suicidaria. Capita spesso che gli operatori manifestino una ritrosia ad indagarla sufficientemente con domande, anche molto dirette, che potrebbero offrire al paziente l'opportunità di aprirsi.

Secondo Freud il suicidio rappresenterebbe un omicidio mancato, per mezzo del quale il soggetto rivolgerebbe contro il sé una pulsione aggressiva che sarebbe destinata primariamente verso un oggetto esterno, contro il quale tutta via non riesce a rivolgersi.

12.2.1 Epidemiologia

Nel mondo circa 1 milione di persone all'anno decide di suicidarsi (circa un suicidio ogni 20 secondi!) e circa 10 milioni di individui tentano di togliersi la vita (un tentativo ogni secondo!).

Le zone geografiche che presentano tassi di suicidio più alti sono le regioni dell'Est e del Nord Europa.

Fattori protettivi:

- autonomia personale
- risorse mentali (che solitamente conducono a scelte costruttive)
- rete sociale supportava

Fattori di rischio:

- Precedenti tentativi di suicidio
- Uso\abuso di alcolici, sostanze, farmaci
- Eventi psicosociali (lutto, rottura relazione interpersonale, divorzio, licenziamenti etc)
- Le cosiddette "epidemie suicidarie": divulgazione da parte dei mass media di suicidi determinano un aumento del numero dei novi suicidi.
- Disturbi psichiatrici preesistenti: rintracciabili nella maggior parte dei casi di suicidio (disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbo post-traumatico da stress, disturbi di personalità borderline e antisociale).
- Patologie mediche concomitanti con proppettiva di morte imminente, dipendenza dagli altri, sofferenza (condizioni più a rischio: cancro, AIDS, malattie neurologiche degenerative).

12.2.2 Valutazione Rischio Suicidario

La valutazione del rischio suicidario deve avvenire attraverso un'attenta e puntuale indagine.

Strumento principale è il colloquio attraverso il quale il Medico eseguirà l'anamnesi medica e psichiatrica (disturbi psichici e pregressi tentativi), familiare (disturbi psichici, tentativi o suicidi) ed un approfondito esame di stato

mentale (con particolare attenzione ai pensieri di morte, e ad eventuali piani ed intenti suicidari).

Sarà fondamentale esplorare la situazione psicosociale e le caratteristiche individuali: capacità adattive, risposte a stressors passati, capacità di tolleranza delle frustrazioni, presenza di aggressività o impulsività.

Cosa fare quando il paziente ci comunica pensieri\intenti\piani suicidari

Il primo obiettivo terapeutico è stabilire un'alleanza con il nostro paziente: non sarà né utile né terapeutico provare a "distoglierlo".

Se ci troviamo in un setting non psichiatrico (ad esempio in un reparto di medicina interna o nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale) sarà importante indirizzare il paziente verso la scelta di uno psichiatra (nel caso in cui non sia già seguito per un disturbo psichico preesistente) o richedere una consulenza psichiatrica (setting ospedaliero).

In caso di sostegno familiare-sociale si potrà valutare una terapia più intensiva ambulatoriale (anche farmacologica) o in Day Hospital.

In sede di valutazione psichiatrica, se manca un supporto familiare o in caso di una condizione clinica grave (depressione psicotica con idee deliranti di rovina, presenza di allucinazioni contenenti comandi di suicidio o minacce, confusione o intensa agitazione) o in presenza di numerosi fattori di rischio (pregressi tentativi, patologie mediche gravi concomitanti, genere maschile, anamnesi familiare positiva per suicidio) si propone al paziente il ricovero (volontario o obbligatorio, a seconda delle condizioni presenti, vedi capitolo 15).

Capitolo 13 Recovery - Riabilitazione

13.1 Introduzione

I Pazienti affetti da Disturbi Mentali possono guarire o avere possibilità di recupero mutando il proprio ruolo di "vittima" del processo di malattia.

In questa prospettiva l'operatore sanitario deve stabilire sin da subito un'efficace alleanza con la parte attiva e sana del paziente, poiché è attraverso di essa che potrà compiersi il percorso di guarigione e\o di riabilitazione.

La riabilitazione è infatti l'unico intervento che restituisce alla persona un ruolo produttivo, che comporta una riduzione del carico familiare, dell'uso di farmaci, del ricorso al ricovero, garantendo così una prevenzione delle ricadute di malattia.

La patologia mentale compromette l'abilità sociale dell'individuo. La riabilitazione interviene restituendo alla persona la capacità di svolgere un ruolo sociale, aiutando a

controllare i sintomi, rimuovendo le barriere costruite dalla disabilità.

13.2 Stigma interno ed esterno

La psichiatria moderna è il prodotto di una lunga e travagliata evoluzione del concetto di cura del soggetto con disturbo mentale.

Dalla residenzialità manicomiale siamo gradualmente passati, anche grazie alle riforme istituzionali, alla centralità degli ambulatori e della figura dello psichiatra sul territorio. Inoltre, numerose evidenze scientifiche dimostrano l'erroneità dell'antico convincimento circa l'inesorabilità di un progressivo deterioramento della persona affetta da disturbo mentale, restituendo pertanto credibilità ed importanza alla dimensione riabilitativa del progetto terapeutico di ogni singolo paziente.

Tuttavia resiste tuttora una connotazione negativa di tipo socioculturale (*stigma esterno*), basata su paura ed ignoranza, che tende a giudicare erroneamente il paziente psichiatrico come un pericoloso "portatore di sintomi", da evitare e allontanare, come fosse marchiato con un'indelebile lettera scarlatta!

La stessa persona affetta da un disturbo psichico può arrivare a pensare a se stessa come priva di valore: l'identità rischia così di sovrapporsi al concetto di "io malato". Il soggetto vede unicamente gli aspetti di sé connessi con la malattia mentale (*stigma interno*).

E' intuitivo che un trattamento residenziale o eccessivamente sbilanciato sul farmaco, rischia di potenziare tale circolo vizioso, favorendo la perdita del ruolo sociale della persona ed il suo isolamento.

Pertanto si impone una rivisitazione del ruolo medico, infermieristico e delle figure di educatore e psicologo, nel rendere il programma terapeutico il più possibile integrato con interventi psicoterapeutici e psicosociali che affianchino il farmaco e gli eventuali ricoveri, e che mirino a favorire un riadattamento dell'individuo nella società in cui vive.

13.3 Il processo di guarigione

Il termine guarigione può apparirci come un'espressione inadeguata se pensiamo ad alcuni disturbi mentali molto gravi e invalidanti.

Tuttavia anche in presenza di una patologia cronica il concetto di "guarigione", intesa come "recovery", ovvero ripresa, recupero, riabilitazione, risiede nella possibilità di mantenere un alto livello di vita *nonostante* la cronicità del disturbo.

Un soggetto affetto da malattia psichica è spesso una persona estremamente vulnerabile agli stress ambientali. Pertanto per alleggerire il carico ed il malessere del nostro paziente possiamo pensare che ridurre lo stress e l'esposizione all'ambiente si riveli una risposta adeguata alle esigente di quel soggetto.

Tuttavia ciò non si rivela efficace. Non possiamo sottrarre il nostro paziente allo stress, ciò significherebbe sottrarlo all'ambiente quindi, alla vita: sarebbe come chiedere alla persona che curiamo di non preoccuparsi di funzionare, sarebbe come sostituirci del tutto alle sue abilità.

Se il paziente non percepirà la nostra fiducia nelle sue possibilità di apprendere specifiche abilità, non proverà nemmeno a riabilitarsi.

E’ dunque fondamentale sin dall’inizio del percorso di cura ed anche nelle fasi più acute di malessere, esercitare i pazienti ad apprendere abilità.

Il medico psichiatra è chiamato ad operare una diagnosi clinica, ma questa non basta. E’ fondamentale giungere ad una **diagnosi di funzionamento**, ovvero una valutazione del livello di performance del paziente nelle diverse aree della sua vita.

Ad esempio nei luoghi di ricovero è di primaria importanza organizzare il tempo dei pazienti, scandire il tempo delle loro giornate tramite interventi di gruppo (di intrattenimento e psicoeducazione) e partecipando alla vita di comunità (coinvolgimento pazienti in attività semplici ma utili come ad esempio preparare la colazione).

13.4 Riabilitazione psichiatrica

Per conseguire un corretto programma di riabilitazione del paziente affetto da Disturbo Psichiatrico occorre che il personale sia adeguatamente formato.

Spesso in Italia la riabilitazione segue un percorso vago e approssimativo, rivelandosi così inutile e inefficace.

Al contrario la riabilitazione in psichiatrica deve seguire precise e puntuali tappe:

1. Costruzione di un’alleanza con il paziente: il paziente deve sentirsi accolto e compreso. L’operatore deve essere formato ed aver pertanto acquisito specifiche competenze per riuscirci e deve inoltre poter contare sul supporto dell’equipe nei momenti di crisi del paziente e fatica personale.

2. Definizione obiettivo riabilitativo: dobbiamo definire un obiettivo significativo per il nostro paziente non per noi stessi!
3. Motivazione. Una volta individuato un obiettivo adeguato il nostro lavoro sarà motivare il paziente al raggiungimento dell'obiettivo prefissato e riaccendere le sue capacità "desideranti" ovvero la progettualità.
4. Valutare funzionamento: ascoltiamo il nostro paziente, ascoltiamo le sue esigenze, alleniamo le sue abilità attraverso sedute di assessment ed esercizi di role playing ovvero di simulazione di abilità. Ad esempio, il paziente ci dice che intende riprendere a frequentare amici. Dunque fissiamo alcune sedute di assessment in cui scriveremo insieme su un foglio le abilità che occorrono per uscire con una persona, come ad esempio saper ascoltare e tenere una conversazione. Quindi passeremo ad esercizi di role-playing in cui il paziente potrà simulare con noi una conversazione con un amico, simulando così una specifica abilità. Gradualmente le simulazioni produrranno effetti positivi, che rinforzeranno i comportamenti funzionali del nostro paziente. Questi interventi possono essere condotti fra operatori e pazienti o fra pazienti.
5. Esercizio delle abilità: lezioni sulle abilità e gruppi di Problem solving (come risolvere problemi quotidiani). Questi esercizi si avvalgono di tecniche cognitivo comportamentali che mirano ad individuare eventi scatenanti, emozioni e comportamenti conseguenti.
6. Applicazione all'esterno delle tecniche apprese.

Capitolo 14 Legislazione ed organizzazione della salute mentale.

14.1 Le leggi Italiane.

Il ricovero psichiatrico è stato regolato in Italia per molti anni da una legge, formulata e approvata nel 1904. Tale legislazione, ponendo l'accento su esigenze di pubblica sicurezza e di controllo sociale, prevedeva la custodia e la cura in Ospedale Psichiatrico delle "persone affette da alienazione mentale, quando pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo". La richiesta di internamento poteva essere presentata da parenti, tutori, protutori o da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. Secondo questa legge il malato psichico veniva ricoverato obbligatoriamente in Ospedale Psichiatrico per periodi spesso prolungati e privato dei diritti civili e politici, mentre ai medici veniva quindi richiesto di esplicare la funzione di custodia oltre a quella

di cura. Ciò ha portato all'isolamento della psichiatria dall'assistenza sanitaria in generale: i manicomi erano per lo più costruiti in luoghi appartati e comunque distinti dagli Ospedali Civili, le loro competenze amministrative erano delegate alle Province, le dimissioni dei pazienti in ricovero coatto erano di competenza dell'autorità giudiziaria. Nel 1968 venne modificata solo in parte questa situazione con l'introduzione della legge sui ricoveri volontari, che consentiva ai pazienti psichiatrici il ricovero in O.P. senza che venissero loro applicate le disposizioni previste dalla legge del 1904.

Nel 1978 lo psichiatra *Franco Basaglia* portò nel Parlamento italiano una legge che prevedeva la dismissione degli ospedali psichiatrici e la cura dei malati negli ambulatori territoriali. La **Legge 180/78**, tuttora vigente, prevede il ricovero solo in caso di acuzie (presso gli SPDC, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), rendendo l'Italia un paese pioniere nel riconoscere i diritti del malato e nel favorire la territorializzazione dei Servizi di cura del disagio psichico (CSM - Centri di Salute Mentale; SERT - Servizi per le Tossicodipendenze; Centri diurni; Residenze Protette o Semiprotette; Consultori).

Con la legge 180 vengono stabiliti alcuni importanti principi:

- *Scompare il concetto di pericolosità* e quindi la funzione di custodia per motivi di pubblica sicurezza e viene stabilito che tutti "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari" (art.1), anche se "possono essere disposti dall'Autorità Sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori", se in presenza di gravi alterazioni psichiche i trattamenti vengano rifiutati e non esista la possibilità di effettuarli nelle strutture territoriali esistenti. Tali trattamenti devono comunque essere effettuati "nel

rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione".

- *vengono aboliti gli Ospedali Psichiatrici* e viene trasferito ai presidi territoriali il compito di prevenzione e cura delle malattie mentali e vengono istituiti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) negli ospedali generali, con un numero di letti non superiore a 15.

Le norme stabilite dalla legge 180 vengono inserite ed integrate nella legge 833 del 1978 con la quale viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Tutte le strutture psichiatriche passano per competenza dalle amministrazioni provinciali a quelle regionali, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per cui si assiste alla parificazione tra i servizi psichiatrici e gli altri sistemi sanitari.

14.2 TSO, ASO

14.2.1 Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Ai fini di una corretta applicazione delle procedure appare opportuno richiamare ed analizzare alcuni aspetti delle condizioni nelle quali è possibile effettuare trattamenti sanitari obbligatori in ambito psichiatrico.

Secondo il dettato legislativo di cui all'art. 34, dette condizioni si verificano nei casi in cui:

a) «...esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici...».

La formulazione di detto enunciato affida la valutazione di questa prima condizione - per la natura stessa dei concetti di "alterazione psichica" ed "urgenza" -

esclusivamente alla responsabilità professionale del medico;

b) gli interventi terapeutici «...non vengono accettati dall'infermo...».

Premesso che bisogna prestare particolare attenzione a non interpretare il conflitto che spesso insorge fra medico e paziente nel corso di un rapporto terapeutico come mancanza di consenso alle cure, che darebbe luogo ad un provvedimento obbligatorio a valenza fortemente punitiva, in presenza di questa seconda condizione il sanitario deve mettere in atto ogni utile tentativo finalizzato a favorire il consenso del paziente.

c) «...non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere...».

Lo spirito della riforma vede nella natura del TSO in regime ospedaliero una significativa limitazione della libertà personale, tanto che il legislatore ne prevede particolari misure di tutela giurisdizionale. Qualora si renda necessario questo tipo di intervento, si prevede altresì che il *«...ricovero deve essere attuato preso gli ospedali generali, in speciali Servizi psichiatrici di diagnosi e cura...»*.

Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) viene disposto dal Sindaco in veste di Autorità Sanitaria locale su proposta motivata di un medico e convalidata da parte di un medico della struttura pubblica.

Avvenuto il ricovero il provvedimento del Sindaco deve essere comunicato entro 48 ore al Giudice Tutelare competente che provvede a convalidare o meno il provvedimento. Il TSO dura 7 giorni alla fine dei quali può essere prorogato di altri 7 giorni con le stesse modalità (art.3). Il malato stesso o chiunque altro può far ricorso contro il provvedimento di TSO rivolgendosi al Sindaco o al Tribunale Competente (art.4).

TSO “Quando, come, dove, quanto”

Quando:

a) il paziente presenta una patologia psichiatrica acuta e grave che necessita di interventi tempestivi
b) che però egli rifiuta
c) non esiste la possibilità di effettuare gli interventi terapeutici nelle strutture territoriali esistenti

Come:

- Un medico compila la Proposta di TSO ed un secondo medico, dipendente dal SSN, compila la Convalida di TSO
- La documentazione viene inviata al Sindaco, che la deve autorizzare esplicitamente prima che il TSO possa essere attuato
- Il Sindaco da notizia dell’avvenuto TSO al Giudice Tutelare, che può intervenire

Dove:

- Il TSO si effettua esclusivamente presso i reparti ospedalieri di psichiatria autorizzati (SPDC)

Quanto:

- Il ricovero obbligatorio ha una durata di 7 giorni, è rinnovabile previa comunicazione al giudice tutelare

14.2.2 L’Accertamento Sanitario Obbligatorio

L'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), istituto di carattere eccezionale, si configura come strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, ci sia il *fondato sospetto* della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. Qualora non sia possibile visitare il paziente ma si sia in possesso di informazioni che facciano supporre la presenza di tali condizioni (ad es. un paziente psicotico acuto che si è chiuso in casa e non fa entrare nessuno o un paziente confuso che si è allontano dal domicilio e che non si riesce a rintracciare), è possibile per il medico fare richiesta di Accertamento Sanitario Obbligatorio.

Ai fini della emissione della ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le motivazioni che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento. Il medico inoltra al sindaco la richiesta di ASO con le generalità del paziente, le motivazioni per l’accertamento, il luogo dove l’accertamento sarà effettuato

Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso di ospedale civile ove sia presente una accettazione psichiatrica o sia comunque attivabile una consulenza psichiatrica).

L'accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

Tab. n. 16 - ASO. “Quando, Come, Dove”

Quando:

- fondato sospetto che il paziente presenti una patologia psichiatrica acuta e grave che necessiti di interventi tempestivi

Come:

- certificazione medica di proposta contenente le motivazioni che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento.
- La documentazione viene inviata al Sindaco che dispone il provvedimento e dà disposizione ai vigili urbani (ed eventualmente anche alle Forze dell’Ordine) di individuare il paziente e di obbligarlo ad accettare la visita.

Dove:

- nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso di ospedale civile ove sia presente una accettazione psichiatrica o sia comunque attivabile una consulenza psichiatrica). Lo psichiatra del servizio pubblico che effettua la visita di accertamento decide sui provvedimenti da prendere (trattamento domiciliare, ricovero volontario, TSO)

14.3 La contenzione

La contenzione fisica del paziente si rende necessaria nelle situazioni in cui sia alto il rischio di azioni auto ed etero lesive. L'intervento è disciplinato dagli articoli 33 – 34 – 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833.

La decisione di porre un paziente "in contenzione" deve essere riportata sulla documentazione clinica (cartella medica e infermieristica) del paziente: la prescrizione è competenza del medico. In situazioni di emergenza e in assenza del medico, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione previa comunicazione al medico responsabile o di guardia; questa decisione verrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

L'SPDC deve essere dotata di un apposito registro nel quale devono essere i seguenti elementi relativi ad ogni atto di contenzione:

- nome e cognome della persona sottoposta a contenzione,
- problema per il quale viene determinata la contenzione,
- valutazione medica inclusiva dell'esame delle opzioni tecniche ed organizzative alternative,
- ora di inizio,
- misure assistenziali richieste, con indicazione dell'operatore incaricato di effettuarle ed orari di effettuazione,
- misure mediche adottate per la profilassi delle complicanze,
- ora di cessazione della contenzione.

14.4 L'organizzazione dei servizi della salute mentale

14.4.1 Dipartimento di salute mentale (DSM)

E' l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della richiesta di cura, di assistenza e tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), solitamente attivabili all'interno degli SPDC o dei CSM.

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

14.4.2 Centro di Salute Mentale (CSM)

La struttura maggiormente deputata a rispondere a bisogni emergenti ed a realizzare obiettivi terapeutici nel medio e lungo termine è il Centro di Salute Mentale, sede di un'equipe multidisciplinare di operatori professionisti della salute mentale (psichiatri, infermieri, educatori, assistenti sociali e psicologi) che si occupa del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

In particolare il CSM svolgele seguenti funzioni:

- attività di accoglienza e diagnosi
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale
- consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), alle strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di invio e filtro dei ricoveri ospedalieri in SPDC, residenze e case di cura
- eventuali attività psicoeducative o psicoterapiche di gruppo o individuali destinate a pazienti e familiari.

Esso è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

14.4.3 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

E' un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; esso, inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.
E' ubicato nel contesto di Aziende ospedaliere o di presidi ospedalieri di Aziende U.S.L. o di Policlinici Universitari.
E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Le patologie più frequentemente trattate in un setting ospedaliero sono i disturbi psicotici, alcuni disturbi di personalita', i disturbi dell'umore (mania, grave depressione e tentativi di suicidio). Il reparto accoglie i pazienti in regime di ricovero sia volontario sia obbligatorio. L'intervento terapeutico muove da una attenta valutazione clinica, psicopatologica, sociale e familiare ed è imperniato sui colloqui psicologici individuali e sul trattamento psicofarmacologico.

14.4.4 Day Hospital (DH)

Costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, oppure può collocarsi presso strutture esterne all'ospedale, agganciate al CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. E' aperto almeno otto ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

Ha la funzione di approfondire l'orientamento diagnostico, somministrare il trattamento farmacologico ed evitare il ricovero o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

14.4.5 Centro Diurno (CD)

E' una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. E' aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. E' dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.
Il Centro diurno può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale.

14.4.6 Strutture Residenziali (SR)

Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.
L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono in

conformità ad un programma personalizzato concordato, e periodicamente verificato, fra operatori del DSM, operatori della struttura residenziale, pazienti ed eventuali persone di riferimento.